

أساليب التعامل مع المشكلات السلوكية والنفسية للأطفال

أعده بتكليف

من مكتب التربية العربي لدول الخليج

د. جيهان محمود جودة



أساليب التعامل مع المشكلات السلوكية والنفسية للأطفال

أعده بتكليف

من مكتب التربية العربي لدول الخليج

دكتورة جيهان محمود جودة

أستاذ علم نفس الطفولة المساعد

كلية التربية - جامعة الملك سعود

الناشر

مكتب التربية العربي لدول الخليج

الرياض١٤٣٥هـ /٢٠١٤م

ح حقوق الطبع والنشر محفوظة
لمكتب التربية العربي لدول الخليج
ويجوز الاقتباس مع الإشارة إلى المصدر
١٤٣٥هـ / ٢٠١٤م

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر:

مكتب التربية العربي لدول الخليج

أساليب التعامل مع المشكلات السلوكية والنفسية للأطفال ./ جيهان محمود جودة– الرياض، ١٤٣٥هـ.

٤٠٠ ص، ١٧ X ٢٤ سم

ردمك: ٨-١-٥٤١-١٥-٩٩٦٠-٩٧٨

١- السلوك (علوم النفس). ٢- علم نفس الطفل.

أ. العنوان

ديوي ١٥٥،٤١ ١٤٣٥/١٧٤٦

رقم الإيداع: ١٤٣٥/١٧٤٦

ردمك: ٨-١-٥٤١-١٥-٩٩٦٠-٩٧٨


بسم الله الرحمن الرحيم


MOHAMED KHATAB

الناشر

مكتب التربية العربي لدول الخليج
ص. ب (٩٤٦٩٣) – الرياض (١١٦١٤)
تليفون: ٠٠٩٦٦١١٤٨٠٠٥٥٥
فاكس ٠٠٩٦٦١١٤٨٠٢٨٣٩
www.abegs.org
E-mail: abegs@abegs.org
المملكة العربية السعودية

المحتويـات

تقديم

يأتي هذا الإصدار في سياق اهتمام مكتب التربية العربي لدول الخليج بتربية الأطفال ونموهم ومعالجة مشكلاتهم ضمن برامجه ومشروعاته، إذ تعد مرحلة الطفولة حجر الأساس لبناء شخصية الإنسان ، لذا فإن الاهتمام بهذه المرحلة وصيانتها من المشكلات السلوكية والنفسية من أولويات التربية وأهدافها.

ويهدف كتاب " أساليب التعامل مع المشكلات السلوكية والنفسية للأطفال"، إلى مساعدة أولياء الأمور والمربّين والمهتمين بتربية الأطفال على تعرّف أبرز مشكلات الأطفال السلوكية والنفسية، وتعرّف كيفية التعامل معها، حيث يقدم موضوعات تفصيلية عن تلك المشكلات وطرق التغلب عليها مثل: الطفل المشكل، حاجات الطفل، نظريات تفسير سلوكات الأطفال، طرق تشخيص السلوك المشكل، ومشكلات السلوك الانفعالي والاتكالي، ومشكلات السلوك العدواني وغير الاجتماعي، واضطرابات الأكل والنوم، والمشكلات النفسية الشائعة لدى الأطفال، وطرق علاج المشكلات السلوكية والنفسية.

ولا يفوتني أن أشيد بالجهد الطيب الذي بذلته الدكتورة جيهان محمود جودة، أستاذ علم نفس الطفولة المساعد في كلية التربية بجامعة الملك سعود، في إعداد الكتاب ، حتى جاء بالصورة التي هو عليها، فلها مني جزيل الشكر والتقدير.

نأمل أن يكون الكتاب مرشداً ودليلاً لأولياء الأمور والمعلمين ولكل المهتمين بتربية الأطفال، وأن يسد ثغرة في المكتبة العربية.

والله الموفق،،،

د. علي بن عبد الخالق القرني

مقدمة

الحمد لله الذى هدانا لهذا وما كنا لنهتدي لولا أن هدانا الله، الحمد لله الذى بنعمته تتم الصالحات، والصلاة والسلام على أشرف المرسلين سيدنا محمد وعلى آله وصحبه وسلم... أما بعد...

فنظرًا لأهمية الطفولة كحجر أساس لبناء شخصية الانسان مستقبلاً وبما ان لها دورًا كبيرًا في توافق الإنسان في مرحلة المراهقة والرشد فقد أدرك علماء الصحة النفسية أهمية دراسة مشكلات الطفل وعلاجها في سن مبكرة قبل ان تزداد وتؤدي لانحرافات نفسية وضعف في الصحة النفسية في مراحل العمر التالية، وقد تبين من دراسة المتخصصين في الشخصية وعلم نفس النمو أن توافق الانسان في المراهقة والرشد مرتبط إلى حد كبير بتوافقه في الطفولة، فمعظم المراهقين والراشدين المتوافقين مع أنفسهم ومجتمعهم توافقًا حسنًا كانوا سعداء في طفولتهم قليلي المشكلات في صغرهم، بينما كان معظم المراهقين والراشدين سيء التوافق، تعساء في طفولتهم.

كما أن نتائج الدراسات في مجالات علم النفس المرضي وعلم النفس الشواذ أوضحت دور مشكلات الطفولة في نشأة الاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية في مرحلتي المراهقة والرشد.

وقد يلحظ الوالدان تغيرًا ما في سلوك طفلهما ويظهر ذلك في عدم تكيّف الطفل في بيئته الداخلية (الأسرة) أو البيئة الخارجية (المجتمع)، وتتعدد مشكلات الأطفال وتتنوع تبعًا لعدة عوامل قد تكون إما جسمية أو نفسية أو أسرية أو مدرسية، وكل مشكلة لها مجموعة من الأسباب التي تفاعلت وتداخلت مع بعضها وأدت بالتالي إلى ظهورها لدى الطفل، ومن الصعب الفصل بين هذه الأسباب وتحديد أي منها كمسبب.

وللوالدين دور كبير حتى يتمتع ابنهما بالصحة النفسية السعيدة، يتلخص في ضرورة تمهيدها للطريق أمام طفلها الرضيع ليكمل مشواره في النمو الطبيعي؛ ولذلك يجب أن يدرك الوالدان حجم مسئوليتهما تجاه أطفالهم، فيعملا على المباعدة بين الحمل والآخر ويرعيا طفلهما الرعاية الكافية.

وقد يلجأ الوالدان لطلب استشارة نفسية عاجلة لسلوك طفله ويعتقد أن سلوك طفله غير طبيعي إما لجهله بطبيعة نمو الطفل أو لشدة الحرص على سلامة الطفل وخوفًا عليه من الأمراض والاضطرابات النفسية بخاصة إذا كان المولود الأول. وقد يكون الطفل سلوكه عاديًّا وطبيعيًّا تبعًا للمرحلة التي يمرّ بها، لذا فمن المهم أن نعرف متي يكون سلوك الطفل طبيعيًّا او مرضيًّا.

ويعتبر المجتمع من أهم العوامل في المجال النفسي، ويقصد بالمجال النفسي للطفل مجموعة الحقائق والمؤثرات التي يعيها ويدركها وتؤثر في سلوكه حين يصدر عنه السلوك.

فعلى الآباء لمصلحتهم الخاصة ولمصلحة أطفالهم أن يواجهوا حقائق الحياة وأن يتجاوبوا معها ما أمكن، كما يجب أن يعمل كل من الأم والأب على قيام حالة من الانسجام فيما بينهما، ولهذا فالأب والأم الذين يعيشان في توافق وتعاطف قانعين معًا متفهمين في نظرتهما إلى الحياة ليضعا لأطفالهما أسسًا قوية من الأمن والسعادة لا مثيل لها.

في ضوء الأهمية السابقة لموضوع كيفية التعامل مع المشكلات السلوكية والنفسية للأطفال، يقدم هذا الكتاب موضوعات تفصيلية عن تلك المشكلات وطرق التغلب عليها.

ويتضمن هذا الكتاب تسع وحدات هي:

الوحدة الأولى: جاءت بعنوان: "الطفل المشكل"، واشتملت على مقدمة وتعريف الطفل المشكل، والصحة النفسية للطفل، والشخصية السوية/ وغير السوية ومميزاتها، والتعرف على العوامل البيئية المسببة للمشكلات السلوكية والنفسية، وتعرف معايير الحكم على السلوك السوي وغير السوي، إلى جانب دور الأسرة والمدرسة في نشأه المشكلات السلوكية والنفسية.

الوحدة الثانية: جاءت بعنوان: "حاجات الطفل" التي عرّفت الخصائص النمائية في مرحلة الطفولة المبكرة، وتصنيفات حاجات الأطفال، إلى جانب تعرف هرم "ماسلو" للحاجات.

الوحدة الثالثة: جاءت بعنوان: " نظريات تفسير سلوكات الأطفال " وشملت التعرف على عدد من النظريات المفسرة لنمو الأطفال، منها: نظرية النمو الاجتماعي (إريك إريكسون)، ونظرية النمو العقلي (جان بياجيه)، نظريات النمو اللغوي، نظرية النمو الخلقي (كولبرج)، ونظرية النمو الجنسي (فرويد)، إلى جانب التعرف على كيفيه اكتساب الطفل السلوك السَّيِّئ ، وفنيات التعامل مع تلك السلوكات، وكيف يكون العقاب فاعلاً.

الوحدة الرابعة: بعنوان: " طرق تشخيص السلوك المشكل" وتتحدث فيه عن أسباب المشكلات السلوكية والنفسية، إلى جانب طرق البحث في مشكلات الأطفال منها: الطريقة المستعرضة، الطريقة الطولية، الملاحظة، التقييم النفسي، وطرق قياس الشخصية، وطرق دراسة الحالة، وانموذج لدراسة الحالة، وبطاقة ملاحظة لأداء المعلمة.

الوحدة الخامسة: بعنوان: " مشكلات السلوك الانفعالي والاتكالي "وتتناول عدداً من المشكلات منها: مشكلة اضطرابات اللغة، الخجل، الانطواء والعزلة، الغيرة، الخوف، مص الأصبع، قضم الأظافر، التبول اللاإرادي، نقص الانتباه، التعلق الانفعالي، واضطرابات الهوية الجنسية.

الوحـدة السادسـة: بعنـوان: "مشـكلات السـلوك العـدواني وغـير الاجتمـاعي" وتشمل مشكلات العدوان، السرقة، الكذب، العناد، التخريب.

الوحـدة السـابعة: بعنـوان: "اضـطرابات الأكـل والنـوم": وتتنـاول اضـطرابات الأكل أسبابها وطرق علاجها، إلى جانب مشكلة اضطرابات النوم وطرق حلّها.

الوحدة الثامنة: بعنوان: "المشكلات النفسية الشائعة لدي الأطفال" وتتناول عددًا من معايير الطفل المضطرب، وحجم الاضطرابات النفسية للأطفال، والتصنيف التشخيصي للاضطرابات النفسية للأطفال، ومشكلة الاكتئاب والوسواس القهري، والقلق العصبي، إلى جانب دور الأسرة في الحد من الأمراض النفسية للأطفال.

الوحدة التاسعة: بعنوان " طرق علاج المشكلات السلوكية والنفسية" وتتناول طرق العلاج باللعب، والعلاج بالدراما، والعلاج بالسيكو راما، والعلاج بالفن والموسيقي، إلى جانب العلاج السلوكي.

وتتقدم المؤلفة بالشكر والتقدير لعمادة البحث العلمي بجامعة الملك سعود، ممثلة بمركز بحوث الدراسات الإنسانية على دعمها لإصدار هذا الكتاب إذ تمّ إقراره ككتاب لمقرر دراسي من مجلس قسم السياسات التربوية بكلية التربية بجامعة الملك سعود بجلسته الرابعة، بتاريخ ١٤٣٤/١٢/٢٦ هـ.

وفي الختام أسأل الله أن أكون قد أسهمت بلبنة بناءه في بناء وإثراء هذا المجال، وأكون قد وفقت في تقديم وعرض موضوعات هذا الكتاب، وأرجو من الله أن يعود بالنفع والفائدة على كل المهتمين بهذا المجال.

المؤلفة: د. جيهان جودة

الوحدة الأولى

الطفل المشكل

الوحدة الأولى

الطفل المشكل Problematic Child

أهداف الوحدة

عزيزي الدراس عندما تنتهي من دراسة هذه الوحدة، نتوقع منك أن تكون قادرًا على:

١- تعرف أسباب اضطرابات السلوك عند الاطفال.

٢- تحديد العوامل المؤدية الى الاضطرابات النفسية للأطفال.

٣- تحديد مظاهر الصحة النفسية.

٤- تعرّف كيفية تحقيق الصحة النفسية للطفل.

٥- تعرّف دور الأسرة في عملية التنشئة النفسية الصحيحة.

٦- تصنيف اضطرابات الشخصية.

٧- تحديد الأسباب المؤدية للاضطرابات الشخصية.

٨- تذكر أنواع الشخصيات غير السوية.

٩- تحديد العوامل المسببة للمشكلات السلوكية للأطفال.

١٠- تحديد مسببات الشعور بالنقص.

١١- تحديد دور المدرسة في نشأه المشكلات النفسية والسلوكية للأطفال.

١٢- تعرّف العوامل البيئية المسببة للسلوك السَّيِّئ.

١٣- تحديد معايير الحكم على الطفل السوي وغير السوي.

مقدمة

الأطفال هم اللبنة الأساسية في بناء المجتمع، فهم بناه المستقبل وحملة راياته.
وهناك العديد من العوامل التي توفر الصحة النفسية للطفل، منها:

الصحة البدنية: فالطفل الصحيح جسديًّا يتمتع بالنشاط والحيوية وهو مقاوم للأمراض.

الأم: الأم هي أول مَنْ يتعلق به الطفل فهي المرضعة، وهي مصدر الأمن والاطمئنان، تعلمه الثقة بالنفس وتزرع فيه الطمأنينة والاستقرار النفسي.

الأسرة: نجد أن العلاقة الأسرية السليمة بين أفراد العائلة والاحترام المتبادل بينهم والمساواة في التعامل مع الأطفال وعدم التمييز بينهم وتلافي مسببات الغيرة داخل الأسرة تحقق الأمن والصحة النفسية للطفل.

المجتمع: اختلاط الطفل مع أقرانه والاندماج في المجتمع المحيط تجعله قادرًا على النمو والتطور السليم.

إشباع الحاجات والرغبات: العمل على تلبية وإشباع حاجات الطفل النفسية حسب المرحلة العمرية، فجميع هذه العوامل تساعد على الصحة النفسية للأطفال، وغيابها قد يسبب لظهور العديد من المشكلات النفسية والسلوكية.

أولاً: تعريف الطفل المشكل أو المضطرب

هو الطفل الذي يعاني من بعض المشكلات المعيقة، أو هو الطفل الذي اتخذ من السلوك الشاذ أو التصرف الخاطئ أسلوبًا متبعا ثابتًا لا يتغير ولا يستجيب للتوجيه والنصح.

فالسلوك Behavior هو كل الأفعال والنشاطات التي تصدر عن الفرد ظاهرة كانت أو غير ظاهرة.

ما أسباب اضطرابات السلوك عند الأطفال؟

تتنوع الأسباب الكامنة خلف اضطرابات سلوك الأطفال بدءًا من مشاعر الغيرة والإحساس بالإهمال إلى مشاعر فقدان الأمن. ويمكن إجمال الأسباب المكنة الكامنة خلف اضطرابات السلوك عند الأطفال في النقاط التالية:

- الغيرة من ولادة أخ جديد في الأسرة.
- فقدان الإحساس بالأمن بسبب تبديل المدرسة أو السكن، أو انفصال الوالدين أو غياب أحدهما بسبب السفر.. إلخ.
- الشعور بالنقص والدونية.

وغالبًا ما يتم تشخيص اضطرابات السلوك المشكل خلال مرحلة الطفولة. فاضطرابات السلوك تؤثر في أداء الطفل بطريق مختلفة. فقد يكون أحد هذه السلوكات غير المقبولة، مثل: السلوك العدواني، والغش، والكذب، قلق الانفصال، التغيب عن المدرسة، والعصيان، والقتال، والعض، وإصابة النفس، ونوبات الغضب.

والأطفال الذين يعانون من اضطرابات السلوك هم أكثر عرضة للفشل المدرسي، ولظهور مشكلات الصحة العقلية والنفسية. وترى الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال أنه من الصعب جداً أن نعرف الخط الفاصل بين السلوك الطبيعي والشاذ.

ثانيًا: الصحة النفسية للطفل

هناك خلاف كبير حول مفهوم الصحة النفسية عمومًا فالبعض يرى أن الصحة النفسية هي ببساطة "عدم وجود مرض نفسي"، لكن هذا التعريف غير كاف لأننا نرى في حياتنا كثير من الناس لا يعانون من أي أمراض نفسية ومع هذا لا نستطيع أن نصفهم بأنهم أصحاء نفسيًّا؛ وذلك بسبب وجود أوجه سلبية أخرى لا ترقى إلى درجة التصنيف المرضى، ولكنها مع ذلك تؤثر في فاعلية وجود الشخص، فعلى سبيل المثال هناك إنسان لا يعانى من أي مرض ولكن تطوره الفكري والعاطفي توقف عند مرحلة معينة فعاش على مستوى أقل مما متوقع من أمثاله.

إذن فالصحة النفسية معنى إيجابي ذو آفاق متعددة ومستويات متصاعدة يجب النظر إليها عند تقييم أي شخص، ويمكن أن نبسط الأمر فنقول إنه لكي يكون الإنسان صحيحًا نفسيًّا فيجب أن يتمَّ هذا من خلال صحة الجسد، والتوافق مع البيئة، ولكي يحقق الإنسان هذه الصحة النفسية فهو يحتاج إلى علمية نمو مستمرة تشمل كل المستويات المذكورة وفى نفس الوقت يحتاج لأن تكون حركة نموه متوازنة ومتكيفة مع الواقع الذي يعيش فيه.

وبالتالي فالصحة النفسية هي حالة دائمة نسبيًّا، ويكون فيها الفرد متوافقًا نفسيًّا (شخصيًّا وانفعاليًّا واجتماعيًّا) مع نفسه ومع الآخرين، ويكون قادرًا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، كما يكون قادرًا على مواجهة مطالب الحياة وتكون شخصيته متكاملة وسوية، ويكون سلوكه عاديًّا بحيث يعيش في سلامة وسلام.

وتنقسم الصحة النفسية إلى:

١- جانب نظري علمي: يتناول الشخصية والدوافع والحاجات وأسباب الأمراض النفسية وأعراضها وحيل الدفاع النفسي والتوافق وتعليم الناس الوعي النفسي وتصحيح مفاهيمهم الخاطئة.

٢- جانب عملي تطبيقي: يتناول الوقاية من المرض النفسي وتشخيص الأمراض النفسية وعلاجها.

مظاهر الصحة النفسية:

الصحة النفسية يجب أن تكون عامة وشاملة لطاقات الإنسان، وعلينا تعرّف المشكلة وأسبابها، وإذا كانت موروثة أو مكتسبة، وتعرّف التفاعل والتناسق فيما بينها، وأيضًا تعرّف المظهر الأساسي الذي يكشف عن مستوى الصحة النفسية، وتعرّف عمل هذه الطاقات وتعرّف وجهتها وأهدافها؛ بسبب أن الشخصية كل موحد، فإذا طرأ على عمل هذه الطاقات ما يعطل تناسقها سيؤثر ذلك في الشخصية ككل، وكذلك تعرّف مستقبل الاضطرابات فنعالجه ،وهذا يظهر في الشخصية المتكاملة والشخصية المتوازنة.

ومظاهر الصحة النفسية في التفاعل بين الفرد ومحيطه تشمل علاقة الفرد مع نفسه، أي فهم الفرد لنفسه ودوافعه ورغباته وتقديره لذاته وقبوله للمحيط، وأيضًا نمو الفرد وتطوره ونظرته إلى المستقبل، من أجل تحقيق ذاته وتنميتها نموًا متكاملاً، وكذلك وحدة الشخصية وتماسكها تماسكً ينطوي على التغيير المناسب من جهة والثابت الكافي من جهة أخرى.

والتفاعل بين الفرد ومحيطه يتضمن علاقات الفرد مع محيطه، وتشتمل على تحكم الشخص في ذاته في مواجهة الشروط المحيطة به، وقدرته على اتخاذ وتنفيذ قراراته المتصلة بمحيطه ضمن شروط وظروف المحيط، وأيضًا سيطرة الشخص على محيطه والتفاعل بين الشخص ومحيطه يتم عند إدراك الشخص للعالم كما هو ومواجهته بظروفه الطارئة مع إدراكه لنفسه، وهذا يحقق الشعور بالأمن والطمأنينة الناتج عن نجاحات الشخص في علاقاته مع نفسه ومع محيطه. ومن هنا فالصحة النفسية تظهر في قدرة الإنسان على التكيف مع الذات ومع المحيط ونجاحه في تحقيق نوع من التوازن من بين حاجاته وقدراته وشروط المحيط بشقيه المادي والاجتماعي.

ويعتبر المجتمع من العوامل المهمة في المجال النفسي، ويقصد بالمجال النفسي للطفل مجموعة الحقائق والمؤثرات التي يعيها ويدركها وتؤثر في سلوكه حين يصدر عنه السلوك.

ومن الناحية الانفعالية فإن الفرد منذ طفولته تتمايز لديه مع نموه انفعالات مختلفة، ويكتسب سلوكه أساليب سلوكية معينة من المجتمع الذي يحيط به، فهو يتعلم ضبط الانفعالات ويصل إلى الاستقلال الانفعالي ويهيئ الجو النفسي الصحي المناسب للحياة السعيدة، ويحقق الصحة النفسية بكافة الوسائل.

دور الأسرة في عملية التنشئة النفسية الصحيحة:

الأسرة تؤثر في النمو النفسي السوي وغير السوي للطفل، وتؤثر في شخصيته وظيفيًّا وحركيًّا؛ فهي تؤثر في نموه العقلي والانفعالي والاجتماعي، حيث:

١- تعدُّ الأسرة المضطربة بيئة نفسية سيئة للنمو فهي مكان خصب للانحرافات السلوكية والاضطرابات النفسية الاجتماعية والجنوح.

٢- الأسرة السعيدة تعدُّ بيئة نفسية لنمو الطفل وتؤدي إلى سعادته.

٣- إن الخبرات الأسرية التي يتعرض لها الطفل في السنوات الأولى من عمره تؤثر تأثيرًا مهمًا في نموه النفسي.

٤- على الوالدين معاملة أطفالهم وكأنهم إخوانهم واستشارتهم في أمور الأسرة، والأخذ برأيهم، وكذلك تعليم أبنائهم الأخلاق والدين الصحيح والعادات والتقاليد والقيم؛ حتى يعيشوا حياة نفسية سعيدة.

٥- على الوالدين بناء العلاقات المنسجمة بين الإخوة، وعدم تفضيل أحدهما على الآخر حتى لا يتولد لديهم التنافس والغيرة. وكذلك إشباع الحاجات النفسية بخاصة الحاجة إلى الإنتاج والأمن والحب، وعليهم تنمية القدرات عن طريق اللعب والخبرات البناءة.

العوامل المؤثرة والمؤدية إلى اضطراب الأطفال النفسي:

- الاضطرابات النفسية في الوالدين خصوصًا الأم سواء أكان مرضًا عقليًّ أم نفسيًّا أم اضطرابًا في الشخصية.
- قلة رعاية الوالدين للطفل من العوامل المؤثرة سلبيًّا في صحة الطفل.
- العنف تجاه الأطفال وما يؤدي إليه من إصابات الرأس والمخ والتخلف العقلي واضطرابات العلاقة الرابطة والسلوك.
- الخلافات بين الوالدين، أو الانفصال يؤدي إلى ظهور مشكلات واضطرابات نفسية للأطفال.

الوقاية من مشكلات الصحة النفسية للطفل:

مفتاح الصحة النفسية هو أن ينمو الطفل نموًا سليمًا، وينشأ تنشئة نفسية سوية، وأن يتوافق شخصيًّا واجتماعيًّا، ولتحقيق ذلك فإن على الأسرة اتباع الإجراءات الوقائية النفسية الآتية:

١- ضمان وجود علاقة متينة مع الوالدين.
٢- الحرية التي تتناسب مع درجة النضج.
٣- العمل على تحقيق أكبر درجة من النمو والتوافق في مراحله.
٤- المرونة في عملية الرضاعة والفطام والتدريب على الإخراج.
٥- التوجيه السليم والمساندة والأسوة الحسنة أمام الطفل.
٦- سيادة جو مشبع بالحب يشعر فيه الطفل بأنه مرغوب فيه ومحترم.
٧- إمداد الوالدين بالمعلومات الكافية عن النمو النفسي للأطفال.
٨- ضمان وجود التعاون الكامل بين الأسرة والمدرسة في رعاية النمو النفسي للطفل.
٩- الاهتمام بنمو الشخصية بمظاهرها كافة: الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية والاهتمام بتوازنها بحيث لا يغلب بُعد على الآخر.

مطالب النمو في مرحلة الطفولة:

١- المحافظة على الحياة وتعلّم المشي، وتعلّم استخدام العضلات الصغيرة، وتعلّم الأكل والكلام والفروق بين الجنسين والمهارات الجسمية الحركية اللازمة للألعاب، وتحقيق التوازن الفسيولوجي.

٢- تعلّم المهارات الأساسية في القراءة والكتابة والحساب، وتعلّم المهارات العقلية المعرفية الأخرى اللازمة لشئون الحياة اليومية، وتعلّم قواعد الأمن والسلامة.

٣- تعلّم ما ينبغي تعلّمه من الآخرين وبخاصة الوالدين والرفاق، وتعلّم التفاعل الاجتماعي وتكوين الصداقات والاتصال بالآخرين، وتعلّم التمييز بين الخطأ والصواب، وتعلّم المشاركة في المسئولية وتعلّم وممارسة الاستقلال الشخصي ونمو مفهوم الذات والشعور بالثقة بالذات وبالآخرين.

٤- تحقيق الأمن الانفعالي والنفسي وتعلم الارتباط الانفعالي بالوالدين وبالإخوة والآخرين وتعلّم ضبط الانفعالات وضبط النفس؛ لضمان الصحة النفسية للأطفال.

ولتحقيق الصحة النفسية للأطفال، يجب مراعاه ما يلي:

١- تجنب مطالبة الاطفال كثيرا بتغيير نشاطاتهم خلال وقت قصير، ومن الأفضل أن يترك للأطفال اختيار ألعاب أو رياضات تناسبهم، وتدريبهم على تركيز انتباههم عليها ومطالبتهم بالمثابرة عليها.

٢- تدريب الاطفال على التكيف مع البيئة.

٣- تدريب الاطفال على ضبط النفس والتخلي عن مطالبهم غير المعقولة.

٤- تدريب الاطفال على التحلي بالتفاؤل وروح الفكاهة.

٥- تدريب الاطفال على القدرة على مواجهة الصعوبات والتغلب عليها وتدريبهم على الاستقلالية.

٦- تجنب تدليل الاطفال، ان التدليل المفرط للأطفال قد يؤدى إلى سوء طباعهم.

٧- تجنب التغاضي عن أخطاء الاطفال، فقد يسفر ذلك عن عدم استطاعة اطفالهم معالجة عيوبهم أو أخطائهم بصورة صحيحة.

٨- يجب تحاشى خداع أو غش الأطفال، وفي بعض الأحيان، يلفق بعض أولياء الأمور كلامًا أمام أطفالهم من أجل طمأنتهم أو تخفيف همومهم. فإن كثرة المشاهدة والسمع لمثل هذه الممارسات يحدث تأثيرًا في نفوس الأطفال.

٩- تجنب السخرية من الأطفال، حيث يعتقد بعض أولياء الأمور أن الانتقاد أو السخرية من الاطفال قد يدفعهم إلى السعي وراء تحقيق تقدم، لكن دائمًا ما تكون النتيجة عكسية.

١٠- تجنب ترك الاطفال يفعلون ما يريدون، فبعض أولياء الأمور لا يؤدون مسئوليتهم، إذ لا يقومون بتوجيه أطفالهم وتعليمهم ويتركونهم يفعلون ما يحلو لهم، فإن نتيجة ذلك خطيرة.

١١- تجنب ضرب أو شتم الأطفال والعقوبة الجسدية.

ثالثًا: الشخصية السوية Normal Personality

الشخصية من أصعب الاصطلاحات فهمًا وتفسيرًا، ويقصد بها: "البناء الخاص بصفات الفرد وأنماط سلوكه الذي من شأنه أن يحدد لنا طريقته المتفردة في تكيفه مع بيئته، والذي يتوقع باستجاباته".

وللوراثة والنضج وأسلوب التنشئة خلال مرحلة الطفولة، والدوافع الاجتماعية التي تكتسب عن طريق التعلّم مع الخبرات المكتسبة، دور كبير في تشكيل الشخصية حيث إن ما يصدر من قول أو فعل لا بد من أن يكون منسجمًا مع البناء الكلي للشخصية.

ويري كارل يونغ Carl Young أن الشخصية هي "النظام الذي يتبعه الفرد في تكيفه مع العالم"، أو هو الطريقة التي يتبعها في تعامله مع هذا العالم، لكل حرفة أو صنعه قناعها المميز، ومن خلال ذلك نستنتج أن: الشخصية الطبيعية السوية هي التي تتمتع بحالة دينامية تبدو في قدرة الفرد على التوافق المرن الذي يناسب المواقف التي يمرُّ بها من خلال تفاعله مع الآخرين عبر مسيرة الحياة، ويرتبط بهذه الشخصية عدة عوامل منها الثقة بالنفس التي تتصل أو ترتبط بالاستقلال الذاتي في القدرة على اتخاذ القرارات إزاء قضايا مصيرية تهم الشخص والآخرين ذوي صلة القربى به، حتى تبدو العملية نموًا نفسيًّا متوازيًّا يجاري أحداث الحياة ومتطلباته فضلاً عن توافر إحساس الفرد بالمسؤولية الملقاة عليه لمواجهة قضايا الحياة والتي يتعامل معها تعاملاً مرناً، وهو بذلك يدرك مسؤوليته إدراكًا كاملاً، ويعبر عن ذاته في تقييم المواقف الانفعالية.

خصائص الشخصية السوية:

١- من الناحية العاطفية: عنده أقل ما يمكن من الصراعات العقلية، وله القابلية والرغبة المعقولة في العمل، وفي مقدوره أن يحب أحدًا غير نفسه.

٢- ومن ناحية السلوك: يحب عمله ولا يشعر بتعب إلا بما يتناسب مع الجهد، ولا يرغب في تغيير مستمر لنوعية عمله، ويجد ارتياحًا في العلاقات الاجتماعية، ويتفهم الحاجات العاطفية ووجهات نظر الآخرين فيها، ويتجاوب معها.

٣- ومن الناحية الجسمية: خلوه من الشكوى ومن الأعراض الجسمية والنفسية.

دور الأسرة في بناء الشخصية السوية للأبناء:

للأسرة دور مهم في بناء شخصية أطفالها، وذلك من خلال ما تحققه من احتياجات واهتمامات، فالطفل يتعلم الكثير بطريق التجربة والخطأ، ومن الضروري له أن يجرب ويفشل، ثم يعيد التجربة من جديد، ومع حاجته إلى التوجيه فهو أيضًا بحاجة إلى نجاح يحرزه بجهده الخاص، فعلي الأسرة أن:

١- تحاول أن تكون شريكًا للطفل في ألعاب من شأنها أن تثير تفكيره، وتنشط خياله، ولا تنتقده.

٢- تضع الطفل في مواقف تتطلب منه التأمل، وإعمال الفكر.

٣- تكافئ الطفل على جهوده الإبداعية بتشجيعه والثناء عليه، وبمشاركته سروره ومتعته، وتقدير نتائجه الإبداعية حتى ولو لم تصل إلى مستوى الكبار.

٤- تزود الطفل بكثير من المواد البسيطة النافعة، وتشجعه على استخدامها وتفحصها من دون رقابة دائمة، ونقد مستمر، أو خوف من أن يؤدي استخدامه لها إلى إتلاف بعضها، وعدم السماح للطفل أن يكون لديه وقت فراغ يسبب له بعض الضيق، وأن تسمح له الأسرة بالبحث عن طريقة ليشغل وقته.

٥- ألا تضيق بالأسئلة الكثيرة التي يسألها الطفل والتي تحتاج إلى إجابات عديدة، بل يجب أن تشجعه على الأسئلة واللعب بها وتحويرها، فكل ذلك يسهم في توسعة مداركه وزيادة معارفه.

٦- تعمل على تنشئة الطفل ذاتيًّا، فهذا من أساليب تربية المبدعين ويتحقق ذلك حينما نترك الفرصة للطفل أن يختار لعبته بنفسه أو أدوات المدرسة، أو ملابسه مع شيء من التوجيه البسيط الذي لا يؤثر في الاستقلال الذاتي.

٧- تشجيع الطفل على الملاحظة الهادفة لكل ما يحيط به في البيئة واصطحابه في نزهات إلى الحقول والبيئة بشكل عام، والتخطيط لعمل رحلات ميدانية في البيئة المحلية، ودفع الطفل إلى التفكير وجمع بيانات ومعلومات وأشياء من البيئة.

رابعًا: اضطراب الشخصية
(الشخصية غير السوية) وخصائصها

اضطرابات الشخصية Personality Disorders ، هي نمط من أنماط من الشخصية غير مرنه، وغير متكيفة. وينشأ عنها فشل اجتماعي أو وظيفي، أو معاناة ذاتية. ويمكن تعرّف مظاهر اضطراب الشخصية، منذ المراهقة أو قبلها، وتستمر في معظم الحياة البالغة، على الرغم من أنها تصبح أقل وضوحًا في منتصف العمر أو الشيخوخة.

ويجب ألا تشخص اضطرابات الشخصية، إلا عندما تكون ملامحها المميزة منطبقة على الشخص، لوقت طويل من حياته، وليست مقتصرة على فترة بعينها. وليس لها بداية محددة؛ وإنما تتطور مع نمو الشخص، في مراحل حياته المختلفة.

وغالبًا ما يكون مضطرب الشخصية غير راضي بسبب تأثير سلوكه في الآخرين، أو لعدم قدرته على الأداء الفعال لوظيفته.

تشخيص اضطرابات الشخصية:

هناك اضطرابات شخصية محددة، تُعزى إلى مجموعات تشخيصية نمطية، ضمن الاضطرابات، التي تظهر في الطفولة أو المراهقة. فاضطراب السلوك، مثلاً، قد يؤدي إلى اضطراب الشخصية المضاد للمجتمع Antisocial Personality، واضطراب الهوية Identity Disorder، وقد يؤدي إلى اضطراب الشخصية الحدية.

تصنيف اضطرابات الشخصية في أربع مجموعات:

١- الشخصية الاضطهادية: Paranoid، وشبه الفصامية Schizoid يبدو على هؤلاء الأشخاص إنهم غريبو الأطوار، منعزلين.

٢- **الشخصية المضادة للمجتمع** Antisocial، **والحدية** Borderlin، **والنرجسية** Narcissistic، **وشبه الهستيرية** Histrionic **وهي شخصيات انفعالية.**

٣- **الشخصية المتجنبة** Avoidant، **والاعتمادية** Dependent، **والوسواسية** Obsessive Compulsive Personality -، **والعدوانية السلبية، هم أشخاص قلقون، خائفون.**

٤- **اضطراب الشخصية غير المحدد الذي يمكن استخدامه في اضطرابات الشخصية الأخرى، أو الحالات المختلطة، التي لا تتفق مع الأنواع المحددة لاضطراب الشخصية.**

أسباب اضطراب الشخصية (الشخصية غير السوية):

١- العوامل الاجتماعية الثقافية: **فالأسرة تؤثر في الطفل بدرجة كبيرة، فالطفل القلق، الذي ترعاه أم قلقة، يكون لديه قابلية أكثر لاضطراب الشخصية، من ذلك الذي تربيه أم هادئة. كما أن الثقافات، التي تنمي العدوان، وتشجع عليه، تهيئ لاضطراب الشخصية، الاضطهادية أو المضادة للمجتمع.**

٢- العوامل البيولوجية: **لوحظ زيادة كبيرة في معدل تطابق الشخصية لدى التوائم المتماثلة، وبين أقارب الفصاميين فهناك تهيئة جينية مشتركة، ويشيع الاكتئاب في الأسر، التي ينتمي إليها أصحاب الشخصية الحدية، إلى جانب العوامل البيو كيميائية حيث أشارت الدراسات إلى أن الأشخاص المندفعين، لديهم معدل مرتفع من هرمون التستوستيرون. ويرتبط بزيادته، كذلك، العدوان، إلى جانب العوامل العصبية: لوحظ ارتباط التلف الطفيف في الدماغ** Minimal Brain Damage، **في الطفولة، بحدوث الشخصية المضادة للمجتمع، بعد ذلك.**

٣- **العوامل النفسية:** وهي الظروف والمؤثرات الخارجية والداخلية التي تساعد على ظهور تلك الشخصيات غير السوية.

خصائص الأشخاص المضطربين نفسياً:

١- اضطراب القدرة في ضبط الذات وفهم حاجاته وواجباته مقابل حاجات الآخرين.

٢- اضطراب تعامله مع مَنْ حوله نظرًا لانطلاقه في ذلك من سمات شخصيته (مثال: الشك الشديد، التشاؤم الشديد، الحساسية المفرطة).

٣- غرابة طريقة تفكيره في ذاته والناس والأحداث من حوله أي في طريقة تقويم الأحداث والمواقف.

٤- عدم اتزان مشاعره وانفعالاته (المشاعر ليست متناسقة مع الحدث، من حيث الزيادة أو النقصان).

أنواع الشخصيات غير السوية:

هذه الشخصيات المضطربة توجد كل واحدة منها لدى ١- ٣٪ من البشر، أما سماتها من دون حد الاضطراب فهي موجودة لدى الكثيرين بدرجات مختلفة، كما قد توجد سمات أكثر من شخصية لدى فرد واحد.

وحسب التعريف الطبي النفسي فإن من أنواع الشخصيات غير السوية هي:

١- **الشخصية الفصامية:** تتسم هذه الشخصية بالانطوائية والعزلة والانفصال عن الواقع وعدم الرغبة في العلاقات الحميمة، والميل إلى الأنشطة والهوايات الفردية ولا يتأثر عادة بنقد الآخرين كما يتصف ببرودة المشاعر والانفعالات، نظرًا لسمة العزلة الأساسية في هذه الشخصية، لذا فإن أصحابها لهم أساليبهم التفكيرية الخاصة؛ لأنهم يستمدون أفكارهم مما يقرؤونه ومما تملي عليهم آراؤهم أكثر من

تواصلهم مع الآخرين؛ لأن البنية النفسية لديهم لا ترغب بالخلطة بل تستمتع بالوحدة.

٢- الشخصية شبه الفصامية: تتسم بغرابة الأطوار واضطراب إدراك الواقع وعدم سلوك نمط محدد في حياته بل هو الإنسان الذي لا يتوقع بما قد يفعل أو كيف يفكر في أي مستجد. أفكاره خيالية بعيدة عن الواقع كما أن سلوكاته تشذ عن مثل مِنْ يحيا مثل ظروفه. هذا الفرد في العادة واضح الاضطراب للآخرين، إلا أنه قد يتلبس فكرة معينة وينافح من أجلها مهما كانت غريبة.

٣- الشخصية الشكاكة (المرتابة): تتسم هذه الشخصية بالشك دون وجود ما يدعم ذلك الشك سوى الظنون التي لا تعتمد على حقيقة. هذا الفرد يكون مشغول البال باحتمال عدم استمرار ولاء رفاقه وذويه له، وما مستوى الثقة التي يجب أن يعطيها لهم ويرى أن الآخرين لا يرون حقيقة ما يحاك له.

٤- الشخصية الحدية: هو متطرف في علاقاته مع التقلب خلال ساعات أو أيام بين الحب المفرط والبغض المفرط لذات الآخر. عنده اضطراب في تصور الذات كما أنه فجائي في تصرفاته، ويتسم بعدم الاستقرار في المشاعر والانفعالات التي تسبق عادة أفكاره. يشعر بفراغ الذات وعدم وضوح الهدف وعنده ضعف في القدرة على ضبط نوبات الغضب، نفس هذا الشخص ذو بُعد واحد، ففيه التطرف الشديد في التفكير والمفاهيم حيث المثالية الشديدة ثم الخروج من القيم ثم العودة ثانية إلى المثاليات.

٥- الشخصية النرجسية: لدى صاحب هذه الشخصية شعور غير عادي بالعظمة وحب وأهمية الذات، وأنه شخص نادر الوجود أو أنه من نوع خاص فريد لا يمكن أن يفهمه إلا خاصة الناس. ينتظر من الآخرين احتراماً من نوع خاص لشخصه وأفكاره، وهو استغلالي، ابتزازي، وصولي يستفيد من مزايا الآخرين

وظروفهم في تحقيق مصالحه الشخصية، وهو غيور، متمركز حول ذاته يستميت من أجل الحصول على المناصب لا لتحقيق ذاته، وإنما لتحقيق أهدافه الشخصية.

٦- الشخصية الهستيرية: تكثر بين النساء بشكل خاص. يشعر الفرد منهم بعدم الارتياح حينما لا يكون محط نظر وتركيز الآخرين، لذا تجدهم يعتمدون على مظاهرهم في شدِّ انتباه الآخرين؛ "نظرًا لنقص الجوهر"، ويسعون لنيل الإعجاب من دون تقديم أي أمر ذي عمق أو فائدة، مشاعرهم سطحية ولديهم قابلية شديدة للإيحاء.

٧- الشخصية السيكوباتية (الإجرامية): تتصف بعدم القدرة على التوافق مع ضوابط وأنظمة المجتمع، وعدم التخطيط المستقبلي والفجائية في التصرفات، كما أنها عنيفة، مخادعة، غير مسؤولة وتتصف بعدم التعلّم من الخبرات السابقة أو الندم على الأخطاء. ومن هذه الشخصية يكون المجرمون في العادة الذين تخلو قلوبهم من الرحمة. كما أن بعضهم إذا كان ذكيًّا قد يتقمس الشخصية المثالية في ذلك المجتمع من أجل بلوغ أهدافه الشريرة.

٨- الشخصية الوسواسية: تتصف هذه الشخصية بالانشغال المفرط بدقائق الأمور، وعدم القدرة على التعامل مع روح النظام، وإنما التصلب في التعامل تقيدًا بحرفية الأنظمة لا معانيها، وهذه الشخصية تبالغ في المثالية، والإسراف في العمل بلا استرخاء، وعدم القدرة على الاعتماد على الآخرين في إنجاز الأعمال، وانعدام المرونة والعناد في ذاته، كما تتسم عادة بالبخل والضمير الحي جدًّا لدرجة المرض، ويبالغ في حفظ الأشياء غير المهمة.

٩- الشخصية الاعتمادية: يتصف صاحب هذه الشخصية بصعوبة إنجازه لقراراته وأعماله اليومية من دون الرجوع المتكرر الممل للآخرين واستشارتهم. كما أنه لا

يعارض الآخرين لخوفه من أنه قد يفقد عونهم ومساعدتهم؛ لذا فإنه قد يقوم ببعض الأعمال أو السفر لمسافات طويلة كي يحصل على دعم الآخرين. من الصعب على مثل هذا الفرد البدء في مشروع بسبب نقص الثقة لا نقص الطاقة. لا يرتاح للوحدة ولذا فإنه يسرع في بناء علاقة حميمة أخرى (كمصدر للعناية به) عندما تنتهي علاقته الحميمة الحالية. عنده خوف مستمر مقلق من أن يترك ليتخذ القرار بنفسه.

١٠- الشخصية التجنبية: يتجنب الفرد الذي يتصف بها تلك المهام الوظيفية التي تتطلب تواصلاً مع الآخرين؛ لذا تجده لا يختلط مع الآخرين إن لم يتأكد بأنه سيكون محط قبولهم. هناك خوف مستمر من النقد في المحافل واللقاءات الاجتماعية وشعور بعدم الكفاءة؛ لذا تجده يميل إلى السكوت مع الآخرين.

١١- الشخصية الاكتئابية: ترفض أي عمل أو نشاط بسبب كآبتها. تنظر بسوداوية إلى مختلف جوانب الحياة. إنها أعراض الاكتئاب حينما تتمثل في شخصية فرد طول حياته.

١٢- الشخصية السلبية العدوانية: العداء للآخرين بشكل غير مباشر، وممارسة الضعف والتمسكن طريقاً للتعدي على الآخرين.

١٣- الشخصية السادية: هي تلك الشخصية التي تستمتع بإيقاع الأذى الجسدي والمعنوي على الغير وهي محط متعتها، لذا تجد تلك الشخصية تبحث عن الوظائف التي تجعل آذاها للآخرين عملاً مشروعاً.

١٤- الشخصية المازوخية: هي تلك الشخصية التي تجد الراحة، وتستمتع حينما يتعدى عليها الغير بالأذى الجسدي والمعنوي، لذا تسعى أن تكون في مواطن أذى الآخرين لها.

خامساً: العوامل المسببة للمشكلات السلوكية والنفسية

أن العوامل المسببة لمشكلات أبنائنا السلوكية والنفسية والتأخر الدراسي، يمكن إجمالها بما يأتي:

- أولاً: عوامل نفسية.
- ثانيًا: عوامل اجتماعية.
- ثالثًا: عوامل جسمية.
- رابعًا: عوامل اقتصادية.

وفيما يلي شرح لتلك العوامل:

أولاً: العوامل النفسية:

هناك العديد من العوامل النفسية التي تؤدي دورًا مهمًا في حياة أبنائنا وتسبب لهم العديد من المشكلات، منها:

١- الشعور بالخوف.

٢- ضعف الثقة بالنفس.

وفيما يلي شرح تلك العوامل:

١- الشعور بالخوف:

وهو حالة انفعالية داخلية وطبيعية موجودة لدى كل إنسان، يسلك خلالها سلوكـً يبعده عن مصادر الأذى، فعندما نقف على سطح عمارة بدون سياج، نجد أنفسنا ونحن نبتعد عن حافة السطح شعورًا منا بالخوف من السقوط، وعندما نسمع ونحن نسير في طريق ما صوت إطلاق الرصاص فإننا نسرع إلى الاحتماء في مكان أمين

خوفًا من الإصابة والموت، وهكذا فالخوف طريقة وقائية تقي الإنسان من المخاطر، وهذا هو شعور فطري لدى الإنسان، مهم وضروري.

غير أن الخوف ذاته قد يكون مرضي، وهو يرتبط بشيء معين، بصورة لا تتناسب مع حقيقة هذا الشيء في الواقع) أي أن الخوف يرتبط بشيء غير مخيف في طبيعته(، ويدوم ذلك لفترة زمنية طويلة مسببًا تجنب الطفل للشيء المخيف، مما يعرضه لسوء التكيف الذي ينعكس بوضوح على سلوكه، وقد يرتبط هذا الخوف بأي شيء واقعي، أو حدث تخيلي. كأن يخاف الطفل من المدرسة، أو الامتحانات، أو الخطأ أمام الآخرين، أو المناسبات الاجتماعية، أو الطبيب والمرضة، أو الشرطي، أو من فقدان أحد الوالدين أو كلاهما، أو الظلام أو الرعد والبرق، أو الأشباح والعفاريت. وقد يصاحب الخوف لديهم نوبات من الهلع الحاد.

وقد يسبب الخوف لأبنائنا مشكلات وخصالاً خطيرة معطلة لنموهم الطبيعي تسبب لهم الضرر الكبير والتي يمكن أن نلخصها بما يلي:

١- الانكماش والاكتئاب.
٢- التهتهة.
٣- عدم الجرأة.
٤- الحركات العصبية غير الطبيعية.
٥- القلق والنوم المضطرب.
٦- التبول اللاإرادي.
٧- الحساسية الزائدة.
٨- الخجل.
٩- التشاؤم.

إن مما يثير الخوف في نفوس أبنائنا هو خوف الكبار، فعندما يرى الصغير أباه، أو أمه، أو معلمه يخافون من أمر ما فإنه يشعر تلقائيًّا بهذا الخوف. ومما يثير الخوف أيضًا في نفوس الأطفال الحرص والقلق الشديد الذي يبديه الكبار عليهم، فعندما يتعرض

الطفل لأبسط الحوادث التي تقع له، كأن يسقط على الأرض مثلاً، فليس جديرًا بنا أن نضطرب ونبدي علامات القلق عليه.

كما أن النزاع والخصام بين الآباء والأمهات في البيت أمام الأبناء يوجد الخوف عندهم، ويسبب لهم الاضطراب العصبي. وهناك الكثير من الآباء والأمهات والمعلمين يلجؤون إلى التخويف كأسلوب في تربية الأبناء وهم يدعون أنهم قد تمكنوا من أن يجعلوا سلوكهم ينتظم ويتحسن. غير أن الحقيقة التي ينبغي ألا تغيب عن بالهم هي أن هذا السلوك ليس حقيقيًّا أولاً، وهو بالتالي لن يدوم أبدًا.

إن هذه الأساليب التي يلجأ إليها الكثير من الآباء والأمهات والمربين تؤدي إلى: عدم إقلاع الأبناء عن فعل معين على الرغم من تخويفهم بعقاب ما ثم لا يوقع ذلك العقاب، فعند ذلك يحس الأبناء بضعف المعلم أو الأب أو الأم، وبالتالي يضعف تأثيرهم بنظر الأبناء.

كيف نزيل الخوف عند الأبناء ؟

إن باستطاعتنا أن نعمل على إزالة اثر الخوف غير الطبيعي لدى أبنائنا باتباعنا ما يأتي:

١- منع الاستثارة للخوف، وذلك بالابتعاد عن كل ما من شأنه أن يسبب الخوف عندهم.

٢- توضيح المخاوف الغريبة لدى الأطفال، وتقريبها من إدراكهم، وربطها بأمور سارة، فالطفل الذي يخاف القطة مثلاً يمكننا أن ندعه يربيها في البيت.

٣- تجنب استخدام أساليب العنف لحل المشكلات التي تجابهنا في تربية الأبناء.

٢- ضعف الثقة بالنفس:

من المظاهر التي نجدها لدى أبنائنا الذين يشعرون بضعف الثقة بالنفس هي ما يلي:

١- **التردد:** فالطفل الذي يعاني من ضعف الثقة بالنفس يتردد كثيرًا عند توجيه سؤال ما إليه، بسبب عدم ثقته بالقدرة على الإجابة الصحيحة.

٢- **انعقاد اللسان:** وهذا الوضع ناجم أيضًا عن عدم الثقة بالقدرة على الإجابة الصحيحة.

٣- **الخجل والانكماش:** وهذا ناجم أيضًا من الخوف من الوقوع في الخطأ؛ ولذلك نجد البعض يتجنب المشاركة في أي نقاش لهذا السبب.

٤- **عدم الجرأة:** حيث يشعر الإنسان بعدم القدرة على مجابهة الأخطار التي يمكن أن يتعرض لها.

٥- **التهاون:** حيث يحاول الشخص تجنب مجابهة الصعاب والأخطار التي تصادفه في حياته.

٦- **عدم القدرة على التفكير المستقل:** حيث يشعر الفرد دومًا بحاجته إلى الاعتماد على الآخرين.

ما مسببات الشعور بالنقص ؟

١- الخوف.

٢- العاهات الجسمية: وهي التي تجعلهم يشعرون بأنهم غير جديرين، وعلى الأهل والمربّين أن يهتموا بهذه الناحية اهتمامًا بالغًا، وذلك بأن يكون موقفهم من هؤلاء الأبناء طبيعيًّا وعاديًّا كبقية الأبناء الآخرين بحيث لا نشعرهم بأنهم مبتلين بتلك العاهات، وعدم فسح المجال لزملائهم بالسخرية منهم وتذكيرهم بالعاهة، وحثّهم على احترام زملائهم والتعامل معهم بشكل طبيعي مشبع بروح الاحترام، وأن أي سلوك آخر تجاه هؤلاء الأبناء.

٣- يدركونها، أو لا يشعرون بها هم أنفسهم، وهي ربما تكون بسبب مرضي، أو لظروف اجتماعية، أو بيئية، أو اقتصادية، فعلينا والحالة هذه أن ندرس بجدية

أوضاعهم وسُبل معالجتها، وأن نقف منه موقفًا إيجابيًّا كي نبعد عنهم روح الاستسلام والفشل.

ثانيًا: العوامل الاجتماعية:

ومن مظاهر هذه العوامل:

١- **الجو المنزلي السائد:** ويتضمن علاقة الأب بالأم من جهة وعلاقتهما بالأبناء، وأساليب تربيتهم من جهة أخرى، فالنزاع بين الأم والأب كما ذكرنا سابقًا يوجد في نفوس الأبناء الخوف وعدم الاستقرار، والانفعالات العصبية. كما أن التمييز بين الأبناء في التعامل، وعدم الإشراف المستمر والجدي عليهم، يؤثر تأثيرًا سيئًا في سلوكهم.

٢- **الجو المدرسي العام:** ويخص الأساليب التربوية المتبعة في معاملة الأطفال، من عطف ونصح وإرشاد، أو استخدام القسوة والتعنيف وعدم الاحترام. ومن جملة المؤثرات على سلامة الجو المدرسي:

أ) **تنقلات الطفل المتكررة من مدرسة إلى أخرى:** إن انتقال الطفل من مدرسة إلى أخرى يؤثر تأثير سلبيًّا عليه، حيث سيفقد معلميه، زملائه وأصدقائه الذين تعود عليهم، وهذا يستدعي بدوره وجوب التأقلم مع المحيط المدرسي الجديد، وهو ليس بالأمر السهل والهين ويحمل في جوانبه احتمالات الفشل والنجاح معًا.

ب) **تغيب الأبناء عن المدرسة وهروبهم منها:** وهذا أمر وارد في جميع المدارس، حيث إن هناك عوامل عديدة تسبب التغيب والهروب، ومن أهمها أسلوب تعامل المعلمين مع الأطفال، وطبيعة علاقاتهم مع زملائهم، وسلوكهم وأخلاقهم.

جـ) **تبدل المعلمين المتكرر:** حيث يؤثر هذا التغير المتكرر بالغ التأثير على نفسية الطفل، فليس من السهل أن تتوطد العلاقة بين الأطفال ومعلميهم، وإن ذلك يتطلب جهدًا كبيرًا من قبل الطرفين معًا، ويتطلب مزيدًا من الوقت لتحقيق هذا الهدف. وهناك أمر مهم آخر هو وجوب استقرار جدول الدروس الأسبوعي، وعدم اللجوء إلى تغيره إلا عندما تستدعي الضرورة القصوى.

ثالثًا: العوامل الجسمية والصحية:

إن لهذه العوامل تأثير كبير على الأطفال، فالطفل المريض يختلف في قابليته واستعداده للفهم عن الطفل الصحيح البنية. والتلميذ الذي يتناول الغذاء الجيد يختلف عن زميله الذي يتناول الغذاء الرديء، والطفل الذي يتمتع بصحة جيدة وجسم قوي ينزع إلى حب التسلط والتزعم، وقد يميل إلى الاعتداء والعراك والخصام فالعوامل الجسمية إذًا ذات تأثير بالغ على سلوك الأبناء ودراستهم.

رابعًا: العوامل الاقتصادية:

إن العوامل الاقتصادية تؤدي دورًا أساسيًّا وبارزًا، ويندر أن نجد مشكلة أو أي قضية إلا وكان العامل الاقتصادي مؤثرًا فيها، فالأبناء الذين يؤمن لهم ذويهم كافة حاجاتهم المادية من طعام جيد وملابس وأدوات، ووسائل تسلية وغيرها يختلفون تمامًا عن نظرائهم الذين يفتقدون لكل هذه الأمور والتي تؤثر تأثيرًا بالغًا في حيويتهم ونشاطهم وأوضاعهم النفسية.

وقد يدفع هذا العامل طفلاً للسرقة، ويدفع تلميذًا من عائلة غنية إلى الانشغال عن الدراسة والانصراف إلى أمور أخرى كالكحول والتدخين والمخدرات وغيرها، مما تعود عليه بالضرر البليغ.

سادساً : العوامل البيئية المسببة للمشكلات السلوكية والنفسية

١- التوقعات غير الملائمة لمستوى النمو: كل مرحلة من مراحل نمو الأطفال لها خصائصها واحتياجاتها الخاصة، وقد يسيء الأطفال التصرف في كثير من الأحيان لأنه يتوقع منهم الكثير، مما يؤدي إلى الإحباط والكثير من السلوكات السيئة. وبالتالي يجب أن تكون توقعات الكبار متوافقة وقدرات الأطفال، ومن ثم فالمعرفة الملمة بمراحل نمو الأطفال تساعد على تجنب ظهور تلك المشكلات.

٢- المشكلات الصحية: قد يكون لصحة الطفل أكبر الأثر في سلوكه، فالأطفال لديهم قدرات أقل من الكبار للتعامل مع سلوكهم عند يشعرون بالمرض. لأنهم لا يستطيعون التعبير بكفاءة عندما يشعرون بالمرض خصوصاً في حالة الأطفال الذين لديهم أمراض مزمنة لا تمنعهم من الذهاب إلى المدرسة. ولكنها تؤثر في مستوى نشاطهم وأدائهم في المدرسة. وبالتالي يجب أن يكون الكبار على دراية بالحالة الصحية للأطفال.

٣- التغذية السيئة: قد يتأثر الطفل بما يأكل، فالطفل الذي يأتي للمدرسة وهو جائع، يكون سريع الغضب، والشعور بالتعب، وعدم التركيز، كذلك الطفل الذي يكون غذائه غير متوازن يظهر عليه العديد من المشكلات السلوكية، وهو ما سنتحدث عنه في الفصل السابع.

٤- النقص الحسي: نجد أن مشكلات الحواس كالسمع والإبصار، تساعد على ظهور المشكلات السلوكية، فالطفل الذي لديه ضعف في النظر يظهر كأنه غير واثق في نفسه، وغير متقن في العمل، ولا يستطيع إتباع التعليمات، وبالمثل الطفل الذي لا يسمع جيداً قد لا يتبع تنفيذ الأوامر التي تطلب منه، وبالتالي

فمن المهم أن نراقب الطفل عن كثب للتأكد من سلامة حواسه من عدمها، حتي لا نسيء التصرف معه.

٥- **الحساسية المفرطة للإثارة:** نجد دائمًا برنامج الروضة على المثيرات الجذابة والمبهجة، ولكن نجد بعض من الأطفال لديهم حساسية مفرطة للإثارة والضوضاء المحاطة بهم داخل الروضة، وبالتالي فمن المهم أن يكون هناك ركن هادئ ليبقي به هؤلاء الأطفال بعض الوقت أثناء اليوم.

٦- **الضغط أو التغير العائلي:** هناك الكثير من التغيرات التي قد تمرُّ في حياة الطفل، كوصول أخ أو أخت جديدة، أو الانتقال إلى منزل جديد، أو انفصال الوالدين، أو المشكلات الأسرية دائمة الحدوث، أو أي شكل من التغيرات التي تمرُّ بالطفل، لذا من المهم أن تكون هناك حلقة وصل دائمة بين المدرسة والمنزل للتعرف على كل ما هو جديد داخل الأسرة بما قد يؤثر بالسلب في سلوكات الطفل.

٧- **البيئة المادية:** البيئة المحاطة بالطفل قد تكون عامل تشجيع أو إحباط لبعض سلوكات الأطفال، وعلى سبيل المثال قد تكون بيئة الروضة محبطة للطفل من حيث عدم توافر وسائل وأدوات تجذب الطفل، أو قد تكون غير منظمة ومرتبة بما يحبط الطفل، أو وجود أرفف عالية لا يستطيع الأطفال من خلالها الوصول إلى الأدوات، فيحدث اندفاع وعدوان بين الأطفال، وهنا تتضح أهمية تنظيم بيئة المدرسة، وتقديم الوسائل الجذابة بما يتوافق ومتطلبات النمو.

٨- **الإشارات المتضاربة:** قد تطلب المعلمة من الأطفال عدم رفع الصوت لأنه سلوك غير مقبول، وفي المقابل ترفع هي صوتها أثناء التحدث، فالطفل هنا لا يحصل على فكرة محددة عمّا هو مقبول وما هو غير مقبول، وتكون المعلمة على غير إدراك لهذا التضارب، كذلك قد يكون التضارب بين ما هو متوقع في البيت

وما هو متوقع في المدرسة. وهنا يصبح من المهم التفاهم مع الأسر لمناقشة هذه الاختلافات.

٩- **الافتقار إلى إرشادات:** يحتاج الطفل أن يتعرف على ما هو متوقع منه، وبالتالي فهو محتاج إلى التعرف على مجموعة من القواعد والإرشادات التي تساعده على تنظيم سلوكه، وتحافظ على سلامته.

١٠- **الاهتمام:** عدم الاهتمام بالأطفال ككل سواء في المنزل أو المدرسة، يحدث العديد من المشكلات السلوكية على رأسها الغيرة والعدوان بين الأطفال، وبالتالي تأتي أهمية العدل والمساواة في التعامل مع الأطفال من دون تمييز، مما يحد من الكثير من المشكلات السلوكية.

سابعًا: دور المدرسة في نشأة المشكلات النفسية والسلوكية للأطفال

تعد مرحلة الروضة من أخطر المراحل التي يمرُّ بها الطفل حيث يتمُّ خلالها اكتمال حلقة النمو التي بدأت في المنزل وتحت إشراف الأسرة وبين المرحلة التالية؛ وهي المدرسة وتتضمن النمو الجسمي والعقلي والحسي واللغوي والانفعالي والحركي والأخلاقي والفسيولوجي وغيرها، كما تشهد هذه المرحلة مجموعة من الاضطرابات النفسية والسلوكية والتعليمية التي يمكن السيطرة عليها من قبل المدرس أو المدرسة، وذلك بالتعرف على الحاجات النفسية والانفعالية والاجتماعية والجسمية والعقلية والتعامل معها بشكل إيجابي، ومحاولة علاج المشكلات عبر خطوات مدروسة والعمل على تخطي هذه الاضطرابات التي إذا اهملت تكون اللبنة الاولى والأساسية للانحراف أو العدوانية أو السلبية في شتى صورها.

فالأطفال الصغار في حاجة إلى الأمن والحب والمحبة ورعاية الوالدين وتوجيهاتهما، والحاجة إلى إرضاء الكبار وإرضاء الأقران، والحاجة إلى التقدير الاجتماعي، والحاجة إلى الحرية والاستقلال، وإلى تعلّم المعايير السلوكية، ولتقبل السلطة، بالإضافة إلى الحاجة إلى الإنجاز والنجاح، واحترام الذات، واللعب، والانتماء، والتحرر النسبي من الخوف، والشعور بالذنب، وأخيرًا الحاجة إلى الأمان الاقتصادي.

وأشارت الدراسة إلى الحاجات الجسمية؛ وهي الحاجة إلى الغذاء والشراب والإخراج والنوم والراحة والحركة والنشاط واللعب. وكذلك الحاجات العقلية؛ وهي البحث والاستطلاع بتوفير الخامات، وكذلك الحاجة إلى تنمية المهارات العقلية مثل: الادراك والتذكر والتفكير وأيضًا اكتساب المهارة اللغوية بالتدريب والمناقشة

والتعويد والمران والتكرار، وإذا لم تتوافر هذه الحاجات تظهر المشكلات النفسية لدى الأطفال.

وتكمن المشكلات النفسية في أكثر من شكل، فهناك الخوف، والغيرة، والعصبية، والقلق النفسي، والانطوائية، ومشكلات التغذية، ونوبات الغضب، والبكاء، والشعور بالنقص، وضعف الثقة بالنفس، والاكتئاب النفسي، والعيوب الكلامية، والتبول اللاإرادي، وبعض العادات السيئة مثل: قضم الأظافر ومص الإبهام. وأشارت الدراسات إلى أن الطفل المنطوي غير المتفاعل مع المدرسة والذي لا يشارك في الأنشطة التربوية، وخافض الصوت، والخجول، مثال للطفل الذي يعاني من الاضطرابات النفسية.

اما بالنسبة للمشكلات السلوكية فأعراضها كثيرة ومنها: العدوانية، والعناد، والكذب، والهروب، والتخريب، والسرقة.

ثامنًا: معايير الحكم على الطفل السوي وغير السوي

تشكل عملية تحديد السلوك السوي والمضطرب حجر الأساس لجميع المهن المتعلقة بالصحة النفسية. غير إن هذا التحديد بحد ذاته ليس بالأمر السهل.

وقبل أن يطلب منا البحث عن السبب المؤدي إلى حدوث الاضطراب أو المشكلة علينا أن نكون قد قمنا بتحديد الاختلال أو الاضطراب الذي نحن بصدده مهما كان بسيطًا. وقبل أن نبحث عن معنى مصطلحات مثل السلوك السوي أو السلوك الشاذ لا بد من أن يكون لدينا تصورًا عمّا نقصده بالسواء أو العادية أو عدم السواء.

معايير الحكم على السلوك السوي وغير السوي:

١. المعيار الإحصائي: يعد السلوك غير السوي Abnormal دليلاً على اضطراب، ونجد أكثر الحالات الإنسانية الطبيعية تقع حول المتوسط.

٢. المعيار الذاتي: ومن خلاله يحكم الشخص على نفسه أو على غيره ، ويعد هذا المعيار غير علمي أو غير كامل.

٣. المعيار الاجتماعي: المقصود به مجاراة قيم المجتمع ومعاييره وقوانينه وأهدافه، ولكن هذا المعيار نسبي حيث يختلف من مجتمع إلى آخر.

٤. المعيار المثالي: هو النزعة إلى الكمال والأفضل.

٥. المعيار الطبي: من خلاله يمكن الحكم على الشخص بالصحة أو الحالة المرضية، وفيه يتم استخدام الفحص الإكلينكي بالاستعانة بالأدوات والوسائل الطبية المختلفة.

٦. **المعيار الديني:** من المعايير التي من خلالها يمكن على السلوك السَّيِّئ من السلوك المنحرف عن الفطرة.

إضافة إلى المعايير السابقة فالسلوك يمكن فهمه من وجهة نظر علم النفس على أنه استجابة لمنبه ما سبب هذا السلوك. ولكن إذا أردنا أن نحكم على طبيعة هذا السلوك، أي فيما إذا كان هذا السلوك سويًا أو مضطربًا، فإننا هنا نحتاج إلى معيار أو مقياس لنحكم وفقه على هذا السلوك. ونحن عندما نطلق على سلوك ما صفة السلوك السوي أو العادي أو غير السوي فإنه لابد لنا من الاستناد إلى معيار معين نقيس وفقه هذا السلوك ونطلق حكمنا بناء عليه. ونحن في حياتنا اليومية، وعندما نحكم على سلوك أي شخص نستخدم معايير مختلفة، منها ما هو معيار شخصي نابع عن قياس تصرفات الآخرين وفق ما نراه نحن لأنفسنا بأنه سوي أو غير سوي، ومنها ما هو معيار اجتماعي، نستمده من تربيتنا وعاداتنا وقيمنا. ويستخدم علماء النفس معايير أخرى كذلك، تقوم على أسس علمية مستخدمين في ذلك التشخيص القائم على الاختبارات النفسية.

وإذا ما انتقلنا إلى سلوك الأطفال فإن الحكم على السلوك السوي أو المضطرب للطفل يزداد تعقيدًا بسبب الطبيعة الخاصة لسلوك الأطفال المتعلقة بمراحل النمو، حيث قد تبدو بعض السلوكات في مرحلة ما طبيعية وتصبح في مرحلة أخرى غير ذلك، وللتشابه الكبير أحيانًا بين أنماط السلوك غير السوية وبين أنماط السلوك التي تعدُّ نتيجة للمرحلة العمرية (كسلوك اللعب العنيف عند الأطفال الذكور).

كما أن الوظيفة التي يؤديها السلوك عند الأطفال تختلف عن الوظيفة التي يؤديها السلوك عند الكبار. وهذا الأمر ينبغي لنا فهمه من أجل التمكن من كسر الحلقة المفرغة التي قد يقع فيها المربون في هذا المجال. فالأطفال من خلال سلوكهم الملفت للنظر يسعون إلى تحقيق وظيفة من وراء هذا السلوك إلا وهي لفت انتباه الكبار،

أي أنهم يبحثون عن اهتمام الكبار بهم، وعادة ما لا يهتم الكبار بالأطفال إذا كان سلوكهم عاديـًا، ولكن عندما يقومون بسلوك ملفت للنظر ويظهرون اضطراباتهم فإنهم يكونون متأكدين من أن الكبار سوف يلتفتون إليهم. وعندما يهتم الآخرون بالأطفال نتيجة هذا السلوك الملفت للنظر فإنهم بهذا يعززون الحلقة المفرغة بصورة إرادية، ويصبح الطفل مبرمجـًا، حتى وإن كانت العاقبة أحيانـًا عقاب الطفل من الأهل. فهذا لا يهم المهم لفت النظر. والحل هنا طبعـًا يتمثل في إبداء الاهتمام والرعاية بالطفل حتى عندما لا يكون سلوكه ملفتـًا للنظر وتعزيز إنجازاته البسيطة دائمـًا.

ويحتاج الأهل والمربون في تعاملهم اليومي مع الأطفال إلى معايير تساعدهم في الحكم على سلوك الأطفال، من أجل تحديد فيما إذا كان هذا السلوك طبيعيـًّا أم لا، وبالتالي فمن أجل تحديد ما إذا كان هذا الطفل أو ذاك بحاجة إلى الإرشاد والرعاية، وبالتالي إما مساعدته أو تحويله إلى هيئات متخصصة إذا ما دعت الضرورة لذلك.

وبشكل عام يمكننا أن نعتمد على المعايير التالية المترابطة مع بعضها بشكل وثيق في الحكم على السلوك، معتمدين في ذلك على الملاحظة والمقارنة:

١. السن: قد يبدو سلوك طفل ما في مرحلة من مراحل السن غير سوي، ولكن إذا ما ظهر في مرحلة أخرى فقد يبدو سويـًا. فحين يبكي طفل في عمر الثالثة بسبب عدم حصوله على قطعة حلوى فإننا نعتبر ذلك طبيعيـًّا، أما حين يصدر السلوك نفسه عن طفل في سن الخامسة عشرة فإننا نعتبر ذلك غير سوي. وحين يخاف الطفل الذي يلتحق بالروضة لأول مرة ويبكي أو يحاول الهرب أو يلتصق بأمه ولا يتركها ..إلخ، فإننا نعد ذلك سويـًا أما إذا ما صدر هذا السلوك عن طفل في المرحلة الإعدادية (المتوسطة) مثلاً فإننا نعد هذا السلوك غير سوي.

٢. الموقف الذي يظهر فيه السلوك: يعتبر الموقف أو الإطار الذي يظهر فيه السلوك محددًا مهمًا من محددات السلوك السوي أو غير السوي. فالسلوك الذي قد يبدو لنا مستهجنًا قد لا يصبح كذلك إذا ما حللنا الموقف الذي ظهر فيه هذا السلوك، وقد نعتبره ردة فعل عادية على الموقف الذي وجد الشخص فيه. فعندما يرفض طفل في العاشرة من عمره مثلاً إعطاء قطعة حلوى لطفل آخر فقد يبدو هذا السلوك أنانيًّا للوهلة الأولى، ولكن إذا ما حللنا الموقف وأدركنا لماذا يرفض الطفل ذلك فقد يصبح سلوكه عاديًّا بالنسبة لنا. فقد يكون رفض الطفل نابعًا من كون زميله يملك قطعة أخرى، أو أن الطفل جائع أو أن رفضه نابع من كون الطفل الآخر قد رفض مرة إعطاء الطفل شيئًا ما مثلاً. وقد يكون عدوان طفل على طفل آخر نتيجة أو ردة فعل على إثارة الثاني للأول بشكل مباشر أو غير مباشر.

٣. التكرار: المعيار الثالث والمهم الذي يمكننا من خلاله الحكم على سلوك ما بأنه سوي أو مضطرب هو مدى تكرار سلوك ما. فالسلوك الذي يظهر لمرة واحدة فقط أو لمرات قليلة متباعدة لا يمكن اعتباره غير سوي، إلا إذا كان هذا السلوك يلحق الأذى الشديد بالآخرين. فعندما يكذب الطفل مرة لينقذ نفسه من حرج معين مثلاً مرة واحدة لا يجيز لنا إطلاق صفة الطفل الكاذب عليه بعد. ولكن إذا تكرر هذا السلوك في أكثر من موقف وفي مناسبات مختلفة فإنه يمكننا الحكم هنا على هذا السلوك بأنه غير سوي. وتعد مسألة تكرار السلوك مسألة مهمة في الحكم على السلوك بالإضافة إلى معيار الموقف والسن.

٤. القيم والمعايير: الأطفال أنفسهم لا يطلقون على سلوكهم أو سلوك بعضهم بأنه سوي أو مضطرب، وإنما هم الكبار من يطلق ذلك. ومن هنا يوجد تفاوت كبير في أحكام الكبار نتيجة اختلاف رؤيتهم للسلوك واختلاف معايير قيمهم الخاص بهم. فقد ينظر شخص ما لسلوك طفله العدواني تجاه شخص آخر

على أنه شاذ وغريب، في حين ينظر شخص إلى السلوك نفسه على أنه سوي وطبيعي. ونحن نلاحظ مثلاً أن كثير من الأهل يضحكون ويفرحون لأن ابنتهم تصرخ وتعض وتسيطر على الأطفال الآخرين في حين أن بعضهم الآخر ينزعج من هذا السلوك. فموقف الكبار من هذا السلوك يعد إلى جانب المعايير السابقة محدداً مهماً من محددات الحكم على السلوك السوي والمضطرب.

٥. **الاستغراب: المقصود بالاستغراب هنا أن يكون السلوك ملفتًا للنظر. وأي سلوك ملفت للنظر يمكن اعتباره مضطربـًا. وهنا لا يوجد فرق إذا كان السلوك مزعجًا أو لطيفًا، إذ يمكن لطفل هادئ أن يكون مضطربًا سلوكيًّا تمامـًا مثل الطفل الصاخب؛ فالهدوء الشديد قد يكمن حزن عميق أو حتى اكتئاب.**

أسئلة التقويم

١- ما أسباب اضطرابات السلوك عند الأطفال؟

٢- حدد في نقاط أهم مظاهر الصحة النفسية.

٣- اذكر في أربع نقاط دور الأسرة في عملية التنشئة النفسية الصحيحة.

٤- كيف نقي الطفل من مشكلات الصحة النفسية؟

٥- حدد خصائص الشخصية السوية.

٦- ما خصائص الشخصية غير السوية؟

٧- صنف اضطرابات الشخصية.

٨- ما مسببات الشعور بالنقص؟

٩- حدد دور المدرسة في نشأة المشكلات النفسية والسلوكية للأطفال.

١٠- ما العوامل البيئية المسببة للسلوك السَّيِّئ ؟

١١- حدد معايير الحكم على الطفل السوي وغير السوي؟

الوحدة الثانية

حاجات الأطفال Children Needs

الوحدة الثانية

حاجات الأطفال Children Needs

أهداف الوحدة

عزيزي الدراس عندما تنتهي من دراسة هذه الوحدة، نتوقع منك أن تكون قادرًا على:

١- تعرّف حاجات الطفل الأساسية وصولاً بالصحة النفسية.
٢- تحديد الخصائص النمائية في مرحلة الطفولة المبكرة من (٣- ٦ سنوات).
٣- تلخيص المطالب النمائية في مرحلة الطفولة المبكرة.
٤- ترتيب الحاجات الأساسية بهرم ماسلو من الأدنى إلى الأعلى.
٥- تحديد حاجات النمو العقلي لطفل الروضة.
٦- تحديد حاجات النمو الانفعالي لطفل الروضة.
٧- تحديد حاجات النمو الاجتماعي لطفل الروضة.
٨- تعرّف دور البيئة الاجتماعية والأسرية في مراحل نمو الطفل المختلفة.
٩- المقارنة بين مظاهر النمو الانفعالي في مرحلة الطفولة المبكرة والمتوسطة.
١٠- تحديد جوانب النمو الانفعالي والاجتماعي في مرحلة الطفولة المتأخرة.
١١- تحديد جوانب النمو الانفعالي والاجتماعي في مرحلة المراهقة.
١٢- تعرّف العوامل المؤثرة في النمو الانفعالي عند المراهق.

حاجات الأطفال Children Needs

مقدمة

يظن كثيرون أن حاجات الطفل الأساسية هي المقتصرة على الأمور البيولوجية كالمأكل والمشرب والملبس فيقومون بإشباعها بغض النظر ولو لمجرد التفكير بحاجاته الاجتماعية والنفسية التي لها دورها البارز في حياة أولئك الأطفال، والحاجات النفس اجتماعية كثيرة أبرزها: الحاجة إلى المكانة وهي حاجة يتطلع إليها كل طفل للاعتراف بوجوده، فهو يحب بشغف اهتمام الآخرين به كالأهل والمربّين والأقران حين يكنون له الاحترام ويقدرون رأيه فيشعروه بشيء من العظمة والمكان، الحاجة إلى الطمأنينة التي يصبو إليها الأطفال داخل كل أسرة خوفًا من فقدان الثقة بأنفسهم، وهذه الحاجة إن لم تشبع تحمل المخاوف إلى النفس، وتكمن لتظهر في أي موقف من مواقف الحياة التي تستلزم الشجاعة، ودور الأهل هو التخفيف من روعة هذه المخاوف وإشاعة روح الطمأنينة في داخله من خلال عوامل التشجيع والتحفيز، الحاجة إلى العطف والحنان حيث ينتاب الطفل شعور بضرورة وجودها في نفسه حين يكون حائرًا، مرتبكًا غير مستقر في أحاسيسه وانفعالاته فيخاف من المكانة غير المرغوب فيها داخل أفراد الأسرة الذين يجب بدورهم انتشاله من هذا الموقف بإظهار محبّتهم واهتمامهم به.

الحاجة إلى الشعور بالاستقلال الذاتي ضمن الأسرة، فالأطفال يودون أن يظهروا أن باستطاعتهم أن يؤدوا بعض المسؤوليات البسيطة وأخذ بعض القرارات الخاصة بهم والتي يمكن أن تعود عليهم وعلى الأسرة بالنفع، وأنهم يستطيعون التعبير عن وجودهم الذاتي أولاً وقبل كل شيء آخر للإفصاح عن مدى ما لديهم من قابليات

يمكن ان تظهر في صور شتى وذلك بإتاحة الفرصة لها في كل من البيت والمدرسة للتعبير عن مقدار طاقتها المبدعة، وتتجلى هذه القدرات في اللعب بقدر ما تتجلى في إنجاز المهام البسيطة التي قد يكلف بها الطفل، وذلك بما يتناسب مع سنه والمرحلة التي هو فيها فتترك اثرًا جميلاً في نفسه.

حاجات الطفل الأساسية وصولاً إلى صحة نفسية سليمة:

إنها عبارة عن دوافع عامة مشتركة بين الأطفال والمراهقين في مختلف الثقافات الاجتماعية، وهي تتضمن:

١- **الحاجات العضوية:** كل كائن حي ينزع إلى الاحتفاظ بتوازنه من تلقاء نفسه. فإذا حدث ما يخل توازنه الداخلي الفيزيائي الكيميائي قام الكائن الحي بالأفعال العضوية اللازمة لاستعادة توازنه، ومن بين الحاجات العضوية: الحاجة إلى الطعام وإلى الماء وإلى التنفس وإلى التبول والتبرز.

٢- **الحاجة إلى الأمن والاطمئنان:** يرضي هذه الحاجة إشباع الحاجات العضوية المختلفة إضافة إلى أن يكون الطفل موضع عطف ومودة وعناية من والديه وذويه يتجاوب معهم ويجيبونه عن أسئلته. ومما يرضي هذه الحاجة أيضًا وجود سلطة ضابطة ترسم له الحدود والسلوك المرغوب فيه، ومما يهدد هذه الحاجة الاكثار من تهديد، ويؤدي كبت هذه الحاجة إلى الخجل والتردد والارتباك والانطواء والذعر من الفشل العجز عن إبداء الرأي والدفاع عن النفس.

٣- **الحاجة إلى التقدير الاجتماعي:** هنا يجب أن يشعر الطفل أنه موضع قبول وتقدير واعتبار من الآخرين فلا يكون موضع استهجان أو نبذ أو كراهية، مما يهدد هذه الحاجة النفسية ويحبطها فشل الطفل لتكليفه بأعمال فوق مقدوره

أو تثبيط همته إن لم يصل في تحصيله الدراسي إلى مستوى معين والإسراف في لومه وتمييز الأهل في معاملة أولادهم.

٤- الحاجة إلى تأكيد الذات: والتعبير عنها بالإفصاح عن شخصيته في كلامه وأعماله ورسومه وما يقدمه عن خدمات للآخرين، مما يحبطها تحكم الكبار في نشاطاتهم أو الإسراف في تقييد الأطفال السخرية من أسئلته وأفكاره أو إشعاره بأنه عديم القيمة والأهمية.

٥- الحاجة إلى الحرية والاستقلال: تظهر في رغبته في القيام ببعض الأعمال من دون مساعدة من الآخرين. ويظهر هذا الشعور بوضوح عند المراهق إذ يرغب في أن يكون له بيت خاص أو حجرة خاصة به، ويجب أن نستغل هذه الحاجة في تعويد الطفل الاعتماد على نفسه وتحمل المسؤولية.

ومما سبق يجدر بنا الإشارة إلى الخصائص النمائية التي يمتاز بها الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة:

أولاً: الخصائص النمائية في مرحلة الطفولة المبكرة من (٣-٦ سنوات):

النمو عبارة عن سلسلة متتابعة من التغيرات، تهدف الى اكتمال النضج.

الخصائص العامة للنمو:

١- تغيرات متلاحقة في الشكل والوزن والطول.

٢- النمو عملية مستمرة ومنتظمة.

٣- لا يتسم معدل النمو بالثبات.

٤- لا ينمو معدل النمو الجسمي واللغوي والانفعالي والاجتماعي في وقت واحد.

٥- النمو عملية متشابكة، شديدة الارتباط.

خصائص الطفل النمائية:

١- النمو الجسمي.

٢- النمو الفسيولوجي.

٣- النمو الحركي.

٤- النمو الحسي.

٥- النمو العقلي.

٦- النمو اللغوي.

٧- النمو الانفعالي.

٨- النمو الاجتماعي.

وفيما يلي نتحدث عن تلك الخصائص:

١- النمو الجسمي:

مظاهره:

استمرار ظهور الأسنان، نمو الرأس، نمو الأطراف والجذع، وفي نهاية السنة الثالثة يكون الطول ٩٠ سم، ويزداد الوزن بمعدل كيلو كل سنة. كما يزداد نمو الهيكل العظمي، وتتحول الكثير من الغضاريف إلى عظام. ولكنه يظل غير ناضج. ولكن تزداد عظام الجسم عددًا وحجمًا وصلابه، ويستمر النمو العضلي بمعدل أسرع، ويظل السبق في النمو للعضلات الكبيرة على العضلات الصغيرة.

والفروق بين الجنسين تظهر بحيث يكون الذكور أكثر وزنًا نسبيًّا، وأكثر حظًّا في النسيج العضلي، بينما الإناث أكثر حظًّا في الأنسجة الشحمية.

كيفية رعاية تلك المظاهر:

١- العناية بصحة الطفل الجسمية والنفسية.

٢- الاهتمام بتغذية الطفل لتقابل نموه المطرد.

٣- علاج أمراض سوء التغذية وفقر الدم المنتشرة بين الأطفال.

٤- تجنب القلق بخصوص صغر حجم الطفل أو قصر قامته.

٥- الاهتمام بالأسنان ونظافتها.

٢- النمو الفسيولوجي:

مظاهره:

نمو الجهاز العصبي حيث يصل وزن المخ في نهاية هذه المرحلة إلى ٩٠ ٪ من وزنه عند الراشد، يصبح التنفس أعمق وأبطأ، تبطؤ نبضات القلب. ويزداد ضغط الدم، ضبط الإخراج تمامًا، عدد ساعات النوم بين ١١ – ١٢ ساعة، زيادة حجم المعدة.

كيفية رعاية تلك المظاهر:

- مساعده الطفل على تكوين عادات نوم صحية.
- تعليم الطفل متى يأكل وماذا يأكل.

١- النمو الحركي:

مظاهره:

تعتبر هذه المرحلة مرحلة النشاط والحركة، وتتميز حركاته بالشدة والسرعة، وينحصر النمو الحركي في هذه المرحلة على العضلات الكبيرة، اكتساب مهارات حركية مثل: الجري والقفز ...، وفي نهاية السنة الرابعة يبدأ ظهور استخدام العضلات الصغيرة، الكتابة تبدأ بخطوط غير موجهة. (مشكلة استخدام اليد اليمنى أو اليسرى)، وفي نهاية المرحلة يستطيع الرسم، والتشكيل بالصلصال.

العوامل المؤثرة في النمو الحركي:

- الحالة الصحية تؤثر في النمو الحركي.
- التعلم والتدريب يساعد على الاتزان في الحركة.

كيفية رعاية تلك المظاهر:

- الاستفادة من النشاط الحركي الزائد.
- تشجيع الطفل أثناء لعبه.
- اتاحة النشاط الحركي في الهواء الطلق.
- تشجيع الطفل على الرسم، والأعمال اليدوية.
- تجنب التهكم على الطفل إذا بدت حركاته غير منتظمة.
- علاج حالات العجز الحركي، ومساعدة الأطفال ذوي العاهات في تطور نموهم الحركي.

٤- النمو الحسى:

مظاهره:

الإدراك الحسي للأشياء وعلاقتها المكانية صعب، فلا يفرق الطفل بين اتجاه اليمين واليسار، أو بين ٢، ٦ – ٧، ٨ – أو d ، b – وهكذا، إدراك الطفل متمركز حول

ذاته، ويعتمد طفل الثالثة على إدراك الأشكال أكثر من الألوان، ويستجيب للمثيرات ككل، إدراك المسافات غير دقيق، إدراك الأحجام، ويستطيع أن يعدَّ من ١ – ٢٠، أما طفل السادسة: فيستجيب للأجزاء، يستطيع أن يعدَّ على أصابعه، يدرك تسلسل الحوادث، يتطور السمع سريعًا، ويتميز البصر بالطول، وتمييز الكلمات الكبيرة، أما حاسة التذوق والشم، فتهدف إلى حماية عملية التغذية من الأشياء الضارة.

كيفية رعاية تلك المظاهر:

- رعاية النمو الحسى عن طريق الاتصال بالعالم الخارجي.
- تربية السمع.
- تنمية الإدراك السمعي والبصري.

٥- النمو العقلي:

مظاهره:

يطلق عليها البعض "مرحلة السؤال" والإيحائية، ويمتاز طفل السادسة بحب الاستطلاع والاستكشاف، تكوين العديد من المفاهيم مثل: الزمن – العدد – المكان، تعرف الأشكال الهندسية، التعلم عن طريق المحاولة والخطأ، زيادة القدرة على التذكر، اللعب الخيالي والإيهامي، التفكير ذاتي حول ويدور حول ذاته، والتفكير خيالي وليس منطقي.

العوامل المؤثرة في النمو العقلي:

يؤثر التحاق الطفل بدور الحضانة أو رياض الأطفال على نموه العقل، والناحية الصحية، إلى جانب المستوى الاجتماعي والاقتصادي.

كيفية رعاية تلك المظاهر:

- إتاحة الفرصة ليستكشف ويجرب.
- إتاحة المثيرات الملائمة للنمو العقلي.
- الاهتمام بالقصص التربوية.

- تنمية الخبرات المنتجة، وتنمية الابتكار.
- البدء بالمحسوسات ثم التدرج إلى المعنويات.
- تجنب دفع الطفل إلى القراءة والكتابة قبل أن يكون مستعد.

٦- النمو اللغوي:

مظاهره:

يتجه التعبير اللغوي نحو الوضوح، فهم كلام الآخرين، والافصاح عن حاجاته، وفي الثالثة تكون الجمل قصيرة ومفيدة وهي سليمة من الناحية الوظيفية، ولكن غير سليمة من ناحية التركيب اللغوي، وفي العام الرابع تتكون الجملة من (٤ – ٦ كلمات)، وتزداد صفة التجريد والتعميم.

العوامل المؤثرة فيه:

الجنس يؤثر في النمو اللغوي، والذكاء يؤثر حيث يعتبر اللغة من مظاهر القدرة العقلية، والخبرات التي تمر بالطفل.(الطفل الوحيد ينمو لغوياً أكثر)، العلاقة بين الطفل وأمه تؤثر في نموه اللغوي، سلامة جهاز الكلام، إلى جانب القصص والحكايات.

كيفية رعاية تلك المظاهر:

- التأكيد على مخارج الألفاظ التي قد تصعب على الطفل.
- قراءة القصص.
- التحدث مع الطفل في أوقات كثيرة.

٧- النمو الانفعالي:

مظاهره:

انفعالات الطفل مبالغ فيها، يتركز الحب كله نحو الوالدين، الخوف يتعلّمه الطفل من البيئة المحيطة به، وتزداد الغيرة عند ميلاد طفل جديد، في نهاية المرحلة يتميز الطفل بالاستقرار الانفعالي.

العوامل المؤثرة:

أ. الأسرة والروضة.

ب. التليفزيون والقنوات الفضائية من أهم المؤثرات على النمو الانفعالي.

كيفية رعاية تلك المظاهر:

- توفير الشعور بالأمن.
- حماية الطفل من المشاهد والأصوات المخيفة.
- خطورة كبت الانفعالات وخطورة العقاب البدني.
- خطورة جعل الطفل موضع سخرية.
- خطورة الاعتماد الكامل على المربيات.
- توزيع الحب والحنان بين الإخوة.

٨- النمو الاجتماعي:

مظاهره:

يزداد وعي الطفل بالبيئة المحيطة به، ويعرف الأدوار المختلفة لكل فرد في البيئة، ينمو لديه مفهوم الصداقة، وينمو لديه مفهوم التعاون، ويحب أن يساعد الآخرين، ويشوب اللعب بعض العدوان، ويظهر العناد، وتنمو لديه الاستقلالية، وينمو الضمير، إلى جانب اللعب الجماعي.

ملخص المطالب النمائية في مرحلة الطفولة المبكرة:

١- مطالب النمو العضوي:

- العناية بصحة الطفل الجسمية، وعدم خلع الأسنان اللبنية.
- مساعدة الطفل على تكوين عادات نوم صحيحة.
- تنظيم مواعيد تغذية الطفل، ودون إجبار الطفل على تناول أطعمة معينة تحت ضغط.

- التأكيد على سلامة حواس الطفل.
- إتاحة الفرصة للطفل ليفرغ طاقته الجسمية والحركية.

٢- مطالب النمو العقلي:

- توفير المواقف التي تساعد الطفل على التفكير وحل المشكلات.
- تشجيع الطفل على طلب المعرفة بالإجابة عن تساؤلاته.
- تقديم كل ما يساعد على نمو خيال الطفل.
- نعمل على زيادة ثروة الطفل اللغوية.

٣- مطالب النمو الاجتماعي:

- تجنب العقاب البدني لما له من آثار سلبية، وقد يفسد العلاقة بين الطفل ووالديه.
- تعليم الطفل الصواب والخطأ.
- إتاحة الفرصة للطفل بما يساعد على حب الاستطلاع.
- تعرّف ميول الأطفال والعمل على رعايتها.
- معاملة الطفل بصورة متوازنة.
- تقديم كل ما يساعد على النمو الاجتماعي.

٤- النمو العقلي واللغوي ورعايته:

- إتاحة الفرصة لنمو القدرات العقلية.
- لا يقدم أكثر من مثير للطفل في وقت واحد، حتى لا يتشتت انتباه الطفل.
- أن ينوع المعلم من طريقة تدريسه.
- تقديم كل ما يساعد الطفل على نمو الذاكرة والتخيل.
- تدريب الطفل على أنواع التفكير المختلفة.
- تدريب الطفل على إجادة القراءة الصامتة.

وفيما يلي تلخيص مراحل النمو لدى الطفل من (٣- ٦ سنوات) في الجدول التالي:

العمر	النمو الجسمي	النمو الحركي	النمو الفسيولوجي	النمو العقلي
(٣-٦ سنوات)	- استمرار ظهور الأسنان. - نمو الرأس. - نمو الأطراف والجذع. - يزداد نمو الهيكل العظمي، ويتحول الكثير من الغضاريف إلى عظام. ولكنه يظل غير ناضج. ولكن تزداد عظام الجسم عدداً وحجماً وصلابة. - في نهاية السنة الثالثة يكون الطول ٩٠ سم ويزداد الوزن بمعدل كيلو كل سنة (يلاحظ تباطؤ الوزن عمّا سبق.	- استمرار النمو العضلي بمعدل أسرع، ويظل السبق في النمو للعضلات الكبيرة على العضلات الصغيرة. - تعتبر هذه المرحلة مرحلة النشاط والحركة - تتميز حركاته بشدة السرعة. - ينحصر النمو الحركي في هذه المرحلة على العضلات الكبيرة. - اكتساب مهارات حركية مثل: الجري والقفز .... - في نهاية السنة الرابعة يبدأ ظهور استخدام العضلات الصغيرة. - الكتابة تبدأ بخطوط غير موجهة (مشكلة استخدام اليد اليمنى أو اليسرى) - في نهاية المرحلة يستطيع الرسم والتشكيل بالصلصال.	- نمو الجهاز العصبي حيث يصل وزن المخ في نهاية هذه المرحلة إلى ٩٠ ٪ من وزنه عند الراشد. - يصبح التنفس أعمق وأبطأ. - تبطؤ نبضات القلب. ويزداد ضغط الدم. - ضبط الإخراج تماماً. - عدد ساعات النوم بين ١١ – ١٢ ساعة. - زيادة حجم المعدة	- يطلق عليها البعض "مرحلة السؤال"، والإيحائية. - يمتاز طفل السادسة بحب الاستطلاع والاستكشاف. - تكوين المفاهيم مثل: الزمن – العدد – المكان، تعرف الأشكال الهندسية. - التعلم عن طريق المحاولة والخطأ. - زيادة القدرة على التذكر. - اللعب الخيالي والإيهامي. - التفكير ذاتي ويدور حول ذاته، والتفكير خيالي وليس منطقي.

التطبيقات التربوية	- العناية بصحة الطفل الجسمية والنفسية. - الاهتمام بتغذية الطفل لتقابل نموه المطرد. - علاج أمراض سوء التغذية وفقر الدم المنتشرة بين الأطفال. - تجنب القلق بخصوص صغر حجم الطفل أو قصر قامته. - الاهتمام بالأسنان ونظافتها.	- الاستفادة من النشاط الحركي الزائد. - تشجيع الطفل أثناء لعبه. - اتاحة النشاط الحركي في الهواء الطلق. - تشجيع الطفل على الرسم. والأعمال اليدوية. - تجنب التهكم على الطفل اذا بدت حركاته غير منتظمة. - علاج حالات العجز الحركي، ومساعدة الأطفال ذوى العاهات في تطور نموهم الحركي.	- مساعده الطفل على تكوين عادات نوم صحية. - تعليم الطفل متى يأكل وماذا يأكل.	- توفير الجو الاجتماعي وإشباع حاجات الطفل. - تحسين العلاقة بين الطفل والوالدين. - تعويد الطفل على رؤيه الغرباء. - تنمية الضمير لديه. - تعليمه القيام بالدور الاجتماعي الذى يناسب المرحلة. - تشجيعه على تحمل المسئولية.
الطفل من (٣-٦ سنوات)	- يعتمد طفل الثالثة على ادراك الأشكال أكثر من الألوان - يستجيب للمثيرات ككل. - إدراك المسافات غير دقيق. - إدراك الأحجام. - يستطيع أن يعد من (١ – ٢٠).	- يتجه التعبير اللغوى نحو الوضوح. - فهم كلام الآخرين، والافصاح عن حاجاته. - في الثالثة تكون الجمل قصيرة ومفيدة وهو سليمة من الناحية الوظيفية، ولكن غير سليمة من ناحية التركيب اللغوي. - في العام الرابع تتكون الجملة من (٤ – ٦) كلمات.	- يزداد وعي الطفل بالبيئة المحيطة به. - يعرف الأدوار المختلفة لكل فرد في البيئة. - ينمو لديه مفهوم الصداقة. - ينمو لديه مفهوم التعاون ويحب أن يساعد الآخرين. - يشوب اللعب بعض العدوان. - يظهر العناد.	- انفعالات الطفل مبالغ فيها. - يتركز الحب كله نحو الوالدين. - الخوف يتعلمه الطفل من البيئة المحيطة به. - تزداد الغيرة عند ميلاد طفل جديد.

	اما طفل السادسة: - يعتمد أكثر على الألوان. - يستطيع أن يعد على أصابعه. - يدرك تسلسل الحوادث. - يتطور السمع سريعاً. - يتميز البصر بالطول، وتمييز الكلمات الكبيرة. أما حاسة التذوق والشم، فتهدف إلى حماية عملية التغذية من الأشياء الضارة.	- تزداد صفة التجريد والتعميم.	- تنمو لديه الاستقلالية. - ينمو الضمير. - اللعب الجماعي.	- بنهاية المرحلة يتميز الطفل بالاستقرار الانفعالي.
التطبيقات التربوية	- رعاية النمو الحسي عن طريق الاتصال بالعالم الخارجي. - تربية السمع.	- الاهتمام بحكاية القصص للأطفال. - يجب تعويد الطفل على الألفاظ البذيئة. - ر عاية النمو اللغوي. - عمل حساب مشكلة العامية والفصحى واختلافهما.	- توفير الجو الاجتماعي وإشباع حاجات الطفل. - تحسين العلاقة بين الطفل والوالدين. - تعليم القيام بالدور الاجتماعي. - تشجيع الطفل على تحمل المسئولية.	- توفير الشعور بالأمن و حماية الطفل من المشاهد والأصوات المخيفة. - خطورة كبت الانفعالات والعقاب البدني. - خطورة الاعتماد الكامل على المربيات.

ثانياً: هرم ماسلو للاحتياجات الإنسانية

Maslow's hierarchy of needs

من النظريات السيكولوجية لإبراهام ماسلو، انتشرت لأول مرة في سنة ١٩٤٣م بعنوان : "نظرية تحفيز الإنسان"، ويرى ماسلو أن الأنسان لديه طموحات يسعى إلى تحقيقها، إلى أن يصل إلى أعلى قمة الاحتياجات الإنسانية، وتقدير لذاته، وتزداد ثقته بنفسه، ولذلك قسم ماسلو الاحتياجات الإنسانية إلى خمس احتياجات أساسية، تشمل :

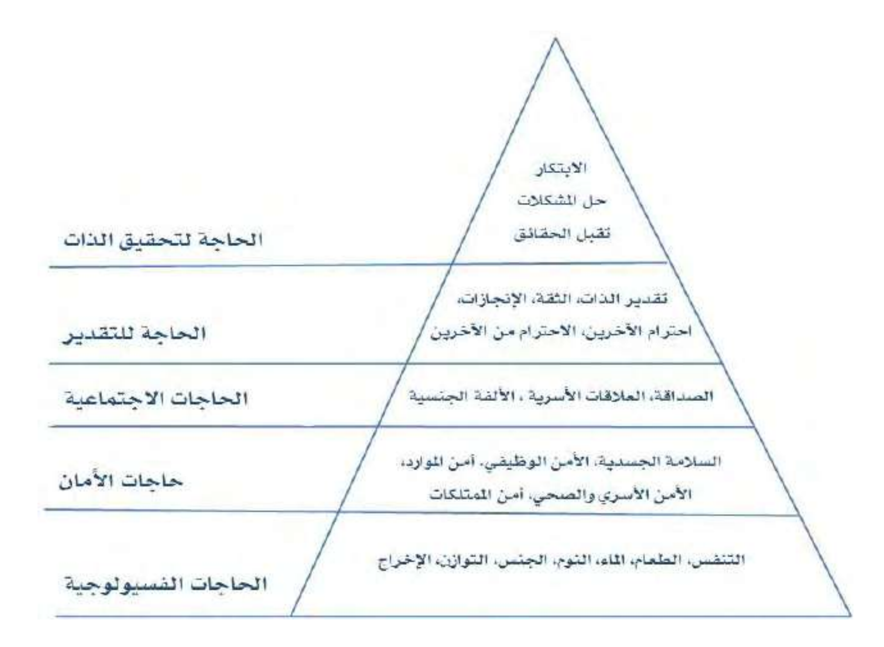
١- الحاجات الفيسيولوجية (العضوية).

٢- الحاجة إلى السلامة والأمان.

٣- الحاجة إلى الحب والانتماء.

٤- الحاجة إلى الاحترام والتقدير.

٥- الحاجة إلى إدراك وتحقيق الذات.



١. الاحتياجات الفسيولوجية: وهى الحاجات الأساسية التي تحافظ على وجود الإنسان من أساسه، وتشمل: الحاجة للتنفس، الحاجة للأكل، الحاجة للمياه، الحاجة للتوازن، الحاجة للتزاوج، الحاجة للإخراج، الحاجة للنوم.

٢. احتياجات السلامة والأمان: واحدا من الاحتياجات الأساسية التي تحافظ على وجود الإنسان، مثل: السلامة الشخصية، سلامة ممتلكاته، الأمن الوظيفي، الأمن النفسي والمعنوي، أمن الموارد، سلامته الصحية، وهذه الاحتياجات ملزمة لكى يشعر الإنسان بالأمن ويستطيع أن يعيش حياة طبيعية وطيبة.

٣. الاحتياجات الاجتماعية: بعد الحصول على الاحتياجات الفسيولوجية والأمان، تظهر الطبقة الثالثة وهي احتياجاته الاجتماعية: مثل تكوين الصداقة، الزواج، وتكوين العلاقات الأسرية.

٤. الحاجة إلى الاحترام والتقدير: يركز الإنسان في تلك المرحلة على حصوله على مكانة اجتماعية محترمة.

٥. الحاجة لتحقيق الذات: آخر مرحلة وتعتبر قمة هرم ماسلو للاحتياجات الإنسانية، في هذه المرحلة يحاول الإنسان بكل جهده أنه يطور وينمي مواهبه، ويحاول أن يحقق أكبر كمية من الإنجازات، وفي هذه المرحلة يسعى الفرد إلى حل المشكلات التي تواجهه بطرق متنوعة.

ثالثًا: تصنيف حاجات الاطفال

١. حاجات النمو العقلي:

عادة ما يقاس النمو العقلي باختبارات الذكاء والاستعداد وغيرها من الاختبارات التي أعدها العلماء لقياس القدرات العقلية المختلفة من تفكير وتذكر وإدراك وقياس استعدادات ومهارات خاصة كاستخدام اللغة والرموز المجردة، ويمكن القول إن الطفل الرضيع يعتمد على حواسه للتعرف على الأشياء من حوله، ويكون الذكاء في هذه المرحلة حسي حركي ويكون نمو (الذكاء) سريع جداً فخلال الشهور الستة الأولى يستطيع الطفل التمييز بين وجه أبويه وإخوته والغرباء عنه، لذلك نجد بعض الاطفال يسارعون الى البكاء إذا ما شاهدوا أحد الغرباء عليهم لقوتهم على التمييز.

ويبدأ الطفل في الربط والتذكر والاسترجاع لكل ما يمرُّ به في صور ذهنية والتعلم عند الطفل يكون بطيئًا نسبيًّا حيث يبدأ بالمحاولة والخطأ والتقليد حيث نشاهده يقلد أبويه وإخوته في سن السنتين، ويمكن أن تبدأ الأم في هذه المرحلة بتنشيط قدرات الطفل على التذكر والاسترجاع من خلال ربط ما مر به بأشياء تحدث له في الوقت الحاضر، وعلى الأم الاعتناء بحاجات الطفل، مثل:

أ) الحاجة الى البحث والاستطلاع: ونشاهدها في تصرفات الطفل وبحثه الدائم فيما يحيط به ومحاولته التعرف على كل شيء جديد، وهنا من الخطأ منع الطفل من الاستطلاع والاكتشاف حتى لا نقتل هذه القدرة العقلية في بداية نموها.

ب) الحاجة إلى تنمية المهارات العقلية: وهذا ينتج من محاولته تذكر ما مر به وتكوين صور ذهنية مختلفة وربط العلاقات، ومحاولته لحلِّ بعض المشكلات الخاصة بألعابه الخاصة.

جـ) **الحاجة الى اكتساب المهارات اللغوية:** وهذه المرحلة تشاهد الطفل يتعلّم الكلمات، وتبدأ من حوالى الشهر العاشر(مع وجود فروق فردية بين الأطفال) ينطق الأطفال كلمات مختلفة وعادة تكون شبيهة بكلمات الكبار ، ولكن في أغلب الأحيان لا يفهمها إلا المقربين من الطفل مثل (الأب والأم)، هذه الحاجات يمكن إشباعها من خلال الأنشطة التي يمكن عن طريقها تثقيف الطفل ومساعدته على النمو العقلي.

٢. **حاجات النمو الانفعالي:**

ويقصد بالنمو الانفعالي كل ما يعبر عن الحاجات النفسية من سرور وارتياح وضحك وبكاء وخوف وغضب وأسى وحزن وضيق والم وانفعال مستمر في حياة الفرد في جميع الأوقات والظروف والحالات، ويتطور النمو الانفعالي عند الطفل من استجابات عامة مشوشة إلى أخرى خاصة، كما تأخذ انفعالاته في التنوع والتخصص.

ويمتاز الطفل الانفعالي بالتقلب الفجائي من ضحك إلى بكاء والعكس بالعكس، ويتدرج هذا السلوك من الحزن والشدة إلى الاعتدال والهدوء بازدياد نمو الأطفال العقلي، إذ يستغني عن كثير من الحركات والتعبيرات الحادة لأنه يكتشف أنها غير مفيدة، ولا تلاقي استحسانًا ممنْ حوله، كما أن سيطرته على اللغة تساعده على الاعتدال في التعبير عن انفعالاته فيستخدمها لتفسر عمّا يشعر به من ضيق أو ألم أو غضب.

وفي هذه المرحلة تتركز استجابات الرضيع الانفعالية في أمرين: راحته النفسية وتغذية جسمه، ويظهر الانفعال عن طريق الابتسام، ومع النمو يظهر بالفرح، ومن ثم يزداد ليصل للضحك عندما يكلمه الآخرون ويلاعبونه أو عندما ينجح في إنجاز عمل ما كأن يقف وحده أو يتسلق أثاث ما .

يكون الحب موجهًا للذين يريحونه بخاصة الوالدين وأعضاء الأسرة، ومن ثم يصير مستديمًا نحو الأشخاص الذين يحققون حاجته، ويلاحظ على الطفل الهدوء

والسعادة إذا كان لا يحتاج للغذاء أو الماء أو النظافة أو النوم، ويظهر التوتر والغضب في حدوث عكس ذلك .

هذا، ويعبر الرضيع عن الخوف بوضوح، فيبكي أو يصيح أو يلجأ لذراعي والديه، ويظهر انفعال الخوف عند وجود المثيرات الغريبة "كوجوه الغرباء" يظهر الغضب إذا لم تتوافر الراحة الجسمية، أو وجود عوائق في سبيل تحقيق حاجاته، أو تدخل الكبار أكثر من اللازم في سلوكه، أو إذا أخذ أحد لعبته ... إلخ.

وتظهر الغيرة بأوضح صورها في هذه المرحلة إذا شاركه أحد في محبّة والديه، وتظهر بشكل عدوان كضرب الدخيل أو الصياح وإحداث الضوضاء.

ويلاحظ أن الرضيع يتعلم انفعال الخوف مثلاً عن طريق الارتباط الشرطي، مثل الخوف من الحيوانات أو الطبيب أو العسكري، وعن طريق تقليد الأم والكبار مثل الخوف من الظلام وهكذا.

أما من حيث القلق والخوف فإن هذه الانفعالات تبلغ أقصاها في نهاية السنة الثالثة، وذلك لأن الناس حول الطفل يحاولون الضغط عليه باستمرار لاكتساب معايير ومفاهيم المجتمع، فيحرمونه من أشياء يريدها أو يؤجلوها فيشعر بالمرارة والخيبة، وهنا يتعلّم الطفل أن الأشياء تظهر وتختفي، وأن طلباته تنفذ أو ترفض، فليس كل ما يريده يحصل عليه.

أما مخاوف الطفل في هذه المرحلة فإنها تنتقل من الأشياء الحسية إلى الأشياء الوهمية كالأشباح والوحوش والظلام، أو يخافون من الأصوات العالية أو الألم الجسدي أو الحركات المفاجئة.

لذا يجب حماية الطفل من الانفعالات الشديدة وضرورة إبعاده عن كل ما يثير فيه الخوف أو القلق، وأن يكف الأهل عن سرد القصص التي تثير الخوف كقصص الغولة والجن وغيرها، بخاصة في هذه المرحلة بالذات.

عند دخول الطفل المدرسة يفتح أمامه المجال واسعًا للاهتمام بالعالم الخارجي وتكوين علاقات مع رفاقه مما يساعده على الشعور بالطمأنينة والتخلي عن شدة التعلق بوالديه. كما أن تقدمه في السنّ ونموه العقلي يساعده على تعلّم أنماط من السلوك للتوفيق بين رغباته ورغبات الآخرين فيؤدي ذلك الى الهدوء الانفعالي، فقد يعبر الطفل في التاسعة عن غضبه باتخاذ موقف سلبي كأن يرفض تناول الطعام أو ينزوي في غرفته ويتمتم ببعض الكلمات مع تغيير في تعبيرات وجهه.

ولكن مع اتصاف هذه المرحلة بالاتزان العاطفي فإن الطفل يثور ويغضب ويخاف كما كان عليه في المرحلة السابقة، وإنما الفرق بين المرحلتين في حدة الانفعال وأسلوب الاستجابة ونوعها.

سلوك الطفل الانفعالي يتطور ويتكيف نتيجة عوامل منها عامل النضج وإمكانات الطفل العقلية والجسمية وحاجاته وميوله المختلفة، ومنها عامل التعليم والمحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه الطفل.

وحتى نؤمن للطفل نموًا انفعاليًّا مناسبًا يجب مراعاة النواحي التالية:

١. توفير الحاجات الضرورية للطفل وإحاطته بحياة عائلية يسودها الشعور بالاطمئنان، ذلك ان اتجاهات الوالدين وأسلوب تعاملهما أثر كبير في مساعدة الطفل في السيطرة على انفعالاته.
٢. حمايته من التوترات الانفعالية العالية التي تأتي من الصدمات القوية، وهناك صدمات سيئة كتعرض الطفل في المنزل مشاجرات الوالدين المستمرة مما يفقده الشعور بالأمان.

مواجهة النوبات الانفعالية لدى الاطفال:

في الوقت الذي تريد فيه الأم أن تلزم ابنها بالقواعد السلوكية المرغوبة، يحاول الطفل أن يعزز استقلاله عن أمه والتحرر من الخضوع لها. ومن هنا يحدث الاصطدام بين

الأم والطفل، وهذا أمر حتمي لا يمكن تجنبه، وأول علامات الاصطدام قول الطفل كلمة لا عندما يطلب منه أمر. وقد يتحول احتجاجه هذا إلى نوبات من الصراخ، أو أن يرمي نفسه على الارض ويطبق أسنانه على بعضها، ويركل ويدق الأرض بقبضته، وقد يحبس أنفاسه، وذلك لشعوره بأنه مركز الكون وأن أمه مُسخرة لتحقيق مصالحه، وفي نفس الوقت يريد الاستقلال عنها وعدم الاعتماد عليها، ومع ذلك فإن أمه تمنعه من أشياء كثيرة يحبها، ولا يستطيع أن يجبرها على تلبية ما يريد فيلجأ إلى الغضب والصراخ والبكاء.

وعلى الأم أن تعتبر ذلك طبيعيًّا، وهي مرحلة من مراحل نموه، وعليها بداية أن تقلل من حدوث هذه الانفجارات، وذلك باتباع ما يلي:

١. ينبغي للأم أن تتيح لطفلها اختيارات محدودة إذا كان ذلك ممكنًا مثل أن تتيح له أن يلبس الملابس التي يختارها، أو يختار اللعبة التي يرغب فيها، وأن هذا الاختيار يعني استقلاله الذاتي.
٢. أن تجنب طفلها أي موقف يثير غضبه، فإذا كانت تعرف أن طفلها يستثار في السوق او في مكان عام فلا تصحبه معها وتبقيه في البيت، وتخرج من دون أن يراها.
٣. تكافئ الام أي سلوك جيد يقوم به طفلها وتزيد من اهتمامها به وتمدحه.
٤. عندما تطلب منه عمل شيء ينبغي أن تخاطبه بصوت ودي وتصوغ طلبها في شكل دعوة منها له، كأن تقول له: "من فضلك"، وتمدحه على كل سلوك مهذب يبديه.
٥. أن تخفف من ضغوطها فلا تفرض عليه أوامر لا يستطيع الالتزام بها أو تنفيذها، وقد لا يستطيع فهمها.
٦. ينبغي ألا تفرط الأم في ردة فعلها عندما يقول لها الطفل كلمة (لا) لأنه يقولها بشكل آلي من دون تفكير بها أو قصد لمعناها، فإذا ما رفض طلبها فلا

توقع عليه عقابًا فوريًا، بل تبقى هادئة وتكرر طلبها بطريقة الأمر. أي إذا كانت طلبت منه في البداية الأمر بطريقة مهذبة كأن تقول له: (من فضلك أغلق الباب) وتكرر الطلب ثانية بطريقة الأمر لا مجرد طلب (أغلق الباب) من دون تعليق ومن دون سؤال، وسيأتي الحديث عن الأوامر الفاعلة.

٧. ينبغي أن تختار الأم معركتها مع طفلها بعناية، وألا تدفعه إلى الانفجار، فإذا رفض الاستجابة لها في أمر غير مهم تغض الطرف عنه، أما إذا رفض الاستجابة لها في أمر مهم فعليها أن تجبره على طاعتها.

٨. يجب ألا تتيح الاختيار لطفلها إذا لم يسمح الموقف بالاختيار، فإذا أبدى الطفل رغبته في البقاء في الشارع خارج المنزل أو رفض الذهاب إلى النوم حين حان موعده، أو رفض الذهاب إلى الحمام وهو بحاجة له فهذه أمور غير قابلة للتفاوض. وهو لا يستحق أي مكافأة إذا تعاون معها، لأن تقديم مكافأة له حتى يستجيب لها في مثل هذه الحالات تعزيزًا لعناده.

٣. حاجات النمو الاجتماعي:

ينظر إلى مرحلة الطفولة بوصفها أهم المراحل الارتقائية التي توضع فيها أسس شخصية الإنسان، وتتحدد فيها أهم الملامح العامة لهذه الشخصية من حيث السواء أو اللا سواء، لذا تأتي أهمية مرحلة رياض الأطفال - مرحلة ما قبل المدرسة من كونها مرحلة تمهيد واستعداد وتأهب لدخول الأطفال المرحلة الابتدائية، وإذا لم يهيئوا لهذه المرحلة قبل دخولها، فإن عملية الانتقال تعتبر في حد ذاتها صدمة عنيفة؛ الأمر الذي يؤدي إلى إخفاق الأطفال في المسيرة التعليمية والدراسة في المرحلة الابتدائية؛ لذا لا بد من تهيئة بيئة غنية ملائمة - بعيدًا عن الصورة الرسمية والتقيد بأسلوب التعليم المعتاد - لمدارك الطفل، وتوفير المناخ الاجتماعي المحفز والمشجع على الاستكشاف الذاتي، وحب الاستطلاع وتنمية القدرة على الإبداع لديه.

ويبدأ الرضيع في الاستجابة الاجتماعية للمحيطين به، ويظهر اهتمامه بما يجري حوله، وذلك في النصف الأول من العام الأول، ويمرح إذا داعبه أحد.

وعندما يصل الرضيع إلى نهاية السنة الأولى، تكون علاقاته الاجتماعية مع الكبار أكثر منها مع الصغار، ويستطيع تمييز الغرباء. ويبدأ الاتصال الاجتماعي بالأم، ثم الأب ثم الآخرين الموجودين بالبيت ثم خارجه. يلاحظ أن الرضيع بحاجة فطرية للالتصاق بالأم، وأن الأم التي تتيح هذا الالتصاق تعين الرضيع على النمو السليم والسوي، وعندما يصل الرضيع إلى السنة الثانية يزداد اتساع البيئة الاجتماعية حوله، وتبدأ علاقته مع الأطفال.

كما يتأثر النمو الاجتماعي للطفل بالجو الأسري العام، وبنمط التربية الأسرية، والعلاقات بين الوالدين، وكذلك الاتجاهات العامة للوالدين نحو الرضيع، ويجب أن نوضح أن معظم السلوك الاجتماعي للرضيع حتى وإن كان خاطئًا فهو سلوك برئ، لأن إدراكه وامتصاصه للمعايير الاجتماعية للسلوك مازال محدودًا جدًّا.

الابتسام والبكاء: ولهما دلالة اجتماعية، حيث إن لبكاء الرضيع أثرًا في استدرار الاهتمام والعطف من الكبار، كما أن الابتسامة الاجتماعية تظهر في الشهر السادس للميلاد؛ حيث يبتسم الطفل لوجوه من دون أخرى.

التعلق: وهو مظهر آخر من مظاهر السلوك الاجتماعي عند الطفل، فالطفل تكون لديه رغبة في أن يكون قريبًا إلى حد الالتصاق من أفراد آخرين لهم مكانة معينة لديه، ويظهر هذا التعلق بشكل واضح قبيل نهاية السنة الأولى من عمر الطفل، وعلى الأم في هذه الحالة أن تشجع طفلها الرضيع على التفاعل الاجتماعي السليم، وأن تعمل على أن تكون علاقته مع الأطفال قائمة على الحب المتبادل.

ومن الجدير بالذكر أن شخصية الطفل وتكوينها السليم يعتمد على إشباع حاجاته المادية والعقلية والاجتماعية والنفسية، وكل جهد لا يتناول هذه الأبعاد لا

يمكن أن يحقق النمو السوي للطفل، ومن المفروض أن تقوم الأسرة بمهمة إشباع حاجات الطفل الأساسية، وغرس القيم والاتجاهات والأخلاق وتنظيم سلوكه، وتضع الضوابط الاجتماعية التي تنظم علاقة الطفل بالمجتمع الذي يعيش فيه، وإذا تعذر على الأسرة القيام بهذا الدور لأي سبب من الأسباب فإن مؤسسات المجتمع الأخرى تقوم بمساعدة الأسرة في القيام بهذا الدور، ويأتي على رأس هذه المؤسسات دور الحضانة؛ فهي الجهة المؤهلة تأهيلاً علميًّا وتربويًّا للقيام بهذا الدور كبديل كفء للأسرة.

ومن حاجات النمو الاجتماعية:

١. **الحاجة إلى الحب والتقبل من الآخرين:** تعد هذه الحاجة من أهم الحاجات النفسية والاجتماعية التي يسعى الطفل إلى إشباعها، حيث يشعر الطفل أنه بحاجة إلى الحب والتقبل من قِبل الآخرين، وتبدأ هذه الحاجة منذ الصغر ويعتمد في إشباعها على الأم، ويشعر الطفل أنه في حاجة إلى أن يكون محبوبًا من أبويه وإخوته مما يولد لديه الثقة بالنفس وفي الآخرين، وعدم إشباع هذه الحاجة يؤدي إلى الشعور بالقلق والتوتر والاضطراب وسوء التوافق والحرمان والجوع العاطفي.

عناصر الحاجه إلى الحب والحنان:

أ. الرغبة في الود من الآخرين.

ب. الرغبة في الحصول على المساعدة والحماية المعونة.

٢. **الحاجة الى الأمان:** إن الأمان العاطفي أهم الحاجات النفسية والاجتماعية بخاصة في مراحل نمو الطفل الأولى؛ حيث يشعر معها بالدفء والأمان مما يساعده على النمو السليم في جميع الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية والعقلية؛ حيث إن الخوف يعتبر من العوامل التي تؤثر في نمو الطفل وتسبب اضطراب الشخصية.

بالإضافة الى الأمان الاقتصادي الذي يتحقق في الشهور المبكرة عن طريق إمداد الطفل الطعام والكساء والمسكن.

٣. **الحاجة إلى التقدير الاجتماعي** : من الضروري أن يشعر الطفل في هذه المرحلة بأنه موضع تقدير وقبول واعتراف من الآخرين، وبأنه مرغوب فيه من الجماعة التي ينتمي إليها، مما يساعده على القيام بدوره الاجتماعي بصورة صحيحة، تتناسب مع سنه وتتواءم مع العادات والتقاليد السائدة في مجتمعه، وتلعب التنشئة الاجتماعية دورًا مهمًا في إشباع هذه الحاجة مما يترتب عليه نشأة الطفل نشأة سوية فيما بعد، وتتفق هذه الحاجة مع الحاجة إلى التقبل والانتماء، ،إذ يجب أن يشعر بأنه موضع فخر واعتزاز من قبل أسرته والمحيطين به؛ ويمكن إشباع هذه الحاجة من خلال اشتراك الطفل مع زملائه في الألعاب الجماعية.

٤. **الحاجة إلى الإنجاز والنجاح والتفوق**: والحديث عن التقدير الاجتماعي لا يكتمل إلا بذكر حاجته إلى النجاح والتفوق؛ وهي حاجة تجعله يثق في نفسه ويشعر بالأمن مما يدفعه للقيام بسلوكات أخرى لتحسين سلوكه، فالنجاح يولد مزيدًا من النجاح، والعكس صحيح حيث إن الإخفاق يؤدي إلى مزيد من الإخفاق، مما يفقد الطفل الثقة في نفسه؛ لذا يجب على المعلمة العمل بكل الوسائل الممكنة على استثارة دافعية الطفل وتشجيعه على النجاح والتفوق من خلال تعزيز جهوده مهما كانت صغيرة.

وتظهر هذه الحاجه في الإنجاز إلى ميل الطفل إلى التعبير عن نفسه والإفصاح عن شخصيته في كلامه وأعماله وألعابه تبدأ في الأولى بمحاولات الطفل في أن يقف ويمشي.

٥. **الحاجة إلى تأكيد الذات :** تبدأ هذه الحاجة في الظهور لدى الطفل منذ الصغر؛ حيث يحتاج الطفل إلى الشعور بتأكيد ذاته، وأنه كفء يستطيع تحقيق ذاته، والتعبير عن نفسه في حدود قدراته وإمكاناته؛ لذا فهو يسعى دائمًا في الحصول على المكانة المرموقة التي تعزز ذاته وتؤكد أهميته.

٦. **الحاجة الى الحرية والاستقلال:** يبحث الطفل في نموه إلى الاستقلال والاعتماد على النفس، وهو في سبيل ذلك بحاجة إلى تحمل بعض المسئولية في البداية ثم تحملها كاملة فيما بعد، ويجب أن ندرب الطفل على تحمل نتيجة أفعاله ومعاملته على اعتبار أن له شخصيته المستقلة، بالإضافة إلى تدريب الطفل على احترام حرية وخصوصية الغير.

رابعاً: التطور التقني وأثره في بعض جوانب النمو الانفعالي والاجتماعي والعقلي

كشفت إحدى الدراسات أن العاب الكمبيوتر وغيرها من الألعاب الإلكترونية لها تأثير إيجابي على العقل وتساعد على تحسن الصحة بوجه عام بخاصة بعد حدوث تطور تكنولوجي هائل في اختراع ألعاب كمبيوتر تجذب طفلك. فهناك ألعاب تمَّ اختراعها يجعل بعضها أكثر موضوعية وجدية من المرور بالتجربة على حقيقتها، وقد وجد الباحثون في جامعة جنوب كاليفورنيا، أن أسهل طريقة لتوصيل المعلومات للأطفال، يمكن أن يكون من خلال لعب اللعبة، وسيكون لها نفس التأثير.

ويري كارمن راسونيلو (٢٠٠٩م) مدى تأثيرات ألعاب الكمبيوتر على الجسم والدماغ ومحاربة الكآبة بالألعاب الإلكترونية، وأشار إلى أن استخدام ألعاب الكمبيوتر قد يساعد على اكتساب الأطفال الثقة بالنفس، ويمكن أن تحسن العلاقات الاجتماعية، كما لها أكبر الأثر على النمو الانفعالي والعقلي، حيث إن هذه الألعاب تسمح للأطفال بالتحكم في التجربة التي يخوضها أثناء اللعب. وأكد كارمن على أهمية إلى ضرورة ممارسة الألعاب بشكل معتدل وألا يتحول الأمر إلى إدمان، حتى لا يترتب على ذلك أضرار نفسية واجتماعية.

فالحاسب والإنترنت والألعاب الإلكترونية من أكبر التحديات التي تواجه الأسرة في تربية أبنائها في وقتنا الحاضر، فخطر تركها من دون رقيب وحسيب يؤدي إلى آثار سلبية كثيرة، من أهمها:

١. الآثار الصحية : السمنة، العصبية، عدم التركيز، ضعف النظر ...إلخ.
٢. الآثار النفسية: الانسحاب والعزلة، وعدم التفاعل مع الأسرة والمجتمع، والكسل، والعنف.

٣. الآثار الأخلاقية: تبني قيم سلبية، الانسياق وراء العلاقات المحرمة من حب وصداقة.

وبالتالي هناك مجموعة من الضوابط لاستخدام تلك الالعاب:

على الأسرة أن تتعامل مع هذا التحدي، كما تتعامل مع أي مشكلة تربوية أخرى، وذلك بأن تقدر حاجة الطفل إلى الضبط، فالطفل يحتاج أن يضبط سلوكه في التعامل مع هذه المستجدات، وعملية الضبط تحتاج إلى عدة شروط لكي تكون فاعلة وهي:

١. ضرورة وضوح الضوابط التي تحكم استخدام هذه المستجدات، أي أن نتحدث مع أطفالنا قبل شراء الجهاز عن الضوابط التي يجب أن يسيروا عليها ليسمح لهم باستخدامه.
٢. لابد من التدرج والمرونة، بخاصة إذا كان الأمر في السابق متروكًا من دون ضوابط.
٣. نشترك مع أطفالنا في وضع هذه الضوابط، ونحاور، ونقنع، ونعلل، والطفل يستجيب أكثر إذا فَهِم وشَعر بمشاركته في القرار.
٤. لابد من الحزم عند عدم الالتزام بتطبيق الضوابط، واتخاذ إجراء يمنع تكراره مستقبلاً.
٥. ضوابط الاستخدام يجب أن تشمل الوقت، عدد ساعات الاستخدام، متى يمكن استخدام الجهاز، هل يسمح باستخدامه أثناء الأسبوع أو في نهاية الأسبوع، ومن الضوابط أيضاً المضمون في اللعبة ويجب ألا نتهاون في صرف أطفالنا عن ألعاب العنف، أو تلك التي تحتوي على ما يخالف قيمنا ومعتقداتنا.
٦. لابد من استخدام المراقبة والمتابعة عن بُعد، من دون أن يشعر الطفل بذلك.

خامسًا: بعض جوانب النمو في مراحل عمر الطفل المختلفة

تعد مرحلة الطفولة من أهم مراحل عمر الإنسان؛ حيث يوضع فيها أساس نمو الشخصية فيما بعد، ويشهد الطفل نموًا جسميًّا سريعًا، وتآزرًا حسيًّا حركيًّا ملحوظًا، فيستطيع تأدية بعض الحركات كالجلوس والحبو والوقوف والمشي، وفيها يتعلم الكلام، ويستطيع الاعتماد على نفسه نسبيًّا، ويبدأ الاحتكاك بالعالم الخارجي. ودور الأم في هذه المرحلة مؤثر للغاية؛ فعليها أن تساعد طفلها على الانطلاق إلى المرحلة التالية، من دون أن يتعرض لصعوبات قد تعوّق نموه، وتكون العلاقة بينها وبين طفلها أساسها العاطفة والوعي.

ولكي تنمي الأم هذه العلاقة، عليها أن تسارع إلى تلبية حاجات طفلها من دون بطء، وتحرص على التفاعل المستمر بينها وبين طفلها، فتلاعبه وتعانقه وتتحدث معه، بل وتشترك معه في ألعابه، كما تشجعه على استطلاع البيئة من حوله، ومن الأشياء المهمة أن تكون على علم تام بشخصية طفلها وحالته المزاجية؛ حتى يمكن تربية طفلها على أساس سليم، حيث تبرز لدى الطفل بعض السمات التي قد تسهم الأسرة بالتركيز على نوع أو أكثر لدى الطفل مثل: العناد، المنافسة، العدوان، الاستقلال، الضمير، الزعامة والمكانة الاجتماعية. وفيما يلي بعض جوانب النمو في مراحل عمر الطفل:

١. مرحلة الطفولة المبكرة من (٣- ٦ سنوات):

إن مرحلة الطفولة المبكرة من أهم المراحل العمرية التي يمرُّ بها الإنسان، ففي هذه المرحلة تتبلور شخصية الطفل، كما أنها تؤثر على نموه العقلي والنفسي والانفعالي، ويتحدّد سلوكه الاجتماعي، وفيها تتكون ميوله واهتماماته وعلاقته مع الآخرين وموقفه من مجتمعه.

وتكمن أهمية التنشئة الاجتماعية في إكساب الطفل للسلوك الاجتماعي السليم وللقيم والاتجاهات المقبولة في مجتمعه وبيئته، ويتم التأثير الاجتماعي عن طريق أسرة الطفل والمدرسة والبيئة المحيطة به، إذ يقوم الطفل بتقليد سلوك وتصرفات والديه، وأصدقائه، ومعلمه وغيرهم من الأشخاص المحيطين به، وبخاصة الشخص الذي يرى فيه الطفل مثلاً أعلى له ويكنّ له التقدير والإعجاب. ويقوم الطفل في البداية بتقبل المفاهيم والقيم الأخلاقية العامة وتبنّيها، وفي مراحل لاحقة يتفهمها بدقة ووعي أفضل.

إن قدرة الطفل على تعرّف ما هو الصواب وما هو الخطأ، ترتبط ارتباطًا وثيقًا بمستوى خبرته ونضجه وقدرته على الدمج الاجتماعي، وترتبط بنموه اللغوي وقدرته على التواصل مع الآخرين، فيصبح غالبًا ما يكتسب ثقافته العامة ممن حوله من الأشخاص البالغين، إلا أن ثقافته تختلف بالشكل والمضمون عن ثقافة الكبار، فهي مرتبطة بأنواع النمو المختلفة للطفل النمو العقلي، النمو النفسي، النمو الجسدي والحركي، النمو اللغوي وغيره. ويؤكد الباحثون أن المرحلة الأساسية من مراحل التطور والنمو الاجتماعي للطفل تتم في مرحلة الطفولة المبكرة، إذ تتمّ أول تجربة اجتماعية حين نطعمه أو نحميه ومن خلال عنايتنا بجسمه، حين ينتبه إلى وجود مَنْ حوله.

النمو الانفعالي في مرحلة الطفولة المبكرة:

ينمو السلوك الانفعالي تدريجيًّا في هذه المرحلة من ردود الأفعال العامة نحو سلوك انفعالي خاص، وتحل الاستجابات الانفعالية اللفظية محلّ الاستجابات الانفعالية الجسمية، كما تكون الانفعالات شديدة ومبالغًا فيها ومتنوعة ومتناقضة، وتسمى هذه المرحلة باسم "مرحلة عدم التوازن"، وتظهر علامات شدة الانفعالات في صورة حدة المزاج وشدة المخاوف وقوة الغيرة، ويرجع ذلك كله إلى أسباب نفسية أكثر

منها فسيولوجية، ذلك أنَّ الطفل يشعر بقدرة غير عادية، وكذلك يثور على القيود التي يفرضها عليه الوالدان.

انفعال الحب: في البداية يتركز حب الطفل على ذاته؛ حيث يكون هو موضوع الحبّ من الآخرين ومن نفسه، وحبّه لوالديه ما هو إلا استثارة لحبهما له حتى يلبيا له كل رغباته؛ ذلك أن الطفل يشعر بقدرة غير عادية، ويثور على القيود التي يفرضها عليه الوالدان.

الخوف: تزداد مثيرات الخوف في هذه المرحلة لقدرة الطفل على إدراكها، فيخاف بالتدريج من الحيوانات والظلام والفشل والموت، ويمكن أن تكون هذه المخاوف أكبر عائق في سبيل نموه الصحي السليم .

الغضب: تظهر نوبات الغضب المصحوب بالاحتجاج اللفظي، والأخذ بالثأر أحيانًا، ويصاحبها أيضًا العناد والمقاومة والعدوان، وبخاصة عند حرمان الطفل من إشباع حاجاته.

الأحلام المزعجة: تنتاب الطفل في هذه المرحلة بدرجة أكبر نسبيًّا من أية مرحلة أخرى ويكون نومه مضطربًا.

الغيرة: شعر الطفل بالغيرة عند ميلاد طفل جديد، وذلك بسبب تحول الاهتمام عنه.

التعبير الانفعالي: يجد الطفل تعبيرًا عن حياته الانفعالية في مجالات عديدة، مثل: الأحلام، واللعب، مما قد يخفف عنه حدة تلك الانفعالات، كما يعتبر في نفس الوقت وسيلة جيدة للكشف عنها، بل ولعلاجها أيضًا. وعلى الأم أن تحيط طفلها بالدفء والحنان، وأن تعلمه ضبط الانفعالات في هذه السنّ المبكرة، وتحميه من مصادر الخوف، ولكن عليها ألا تلجأ إلى العقاب البدني كوسيلة لضبط الانفعالات، ولا

تفرض عليه الأوامر والنواهي، أو تكلفه ما لا يطيقه، كذلك عليها أن تعدل بين أبنائها؛ حتى لا تتولد مشاعر الغيرة.

النمو الانفعالي في مرحلة الطفولة المبكرة:

العلاقات الاجتماعية: تتسع دائرة العلاقات والتفاعل الاجتماعي في الأسرة، ومع جماعة الرفاق باتساع عالم الطفل. ويزداد اندماج الطفل في كثير من الأنشطة وتعلّم الجديد من الكلمات والمفاهيم، ويمر بخبرات جديدة تهيئ له الانتقال من كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي.

نمو السلوك الخلقي: يكتسب الطفل قيم الوالدين واتجاهاتهما ومعاييرهما السلوكية خلال هذه الفترة، نتيجة لتعرضه لمتغيرات التنشئة الاجتماعية من ثواب وعقاب وتقليد وتوحد، وغيرها من الأساليب.

الصداقة: يستطيع الطفل أن يصادق الآخرين، ويلعب معهم، ويستطيع أن يحادثهم. ونجاحه في العلاقات الاجتماعية خارج المنزل يتوقف على نوع الخبرات التي يتلقاها في تربيته على أيدي والديه .

الزعامة: الزعامة عند الطفل في هذه المرحلة وقتية، لا تكاد تظهر عنده حتى تختفي، وعندما يصبح الطفل على أعتاب دخول المدرسة تكون معالم شخصيته قد تميزت بخصائصها وسماتها، فنجد أن بعض الأطفال يتسمون بالزعامة والقيادة والبعض الآخر يحب الظهور، ومنهم من يفضل الانطواء.

المكانة الاجتماعية: تعتبر هذه الفترة هي السنوات الحرجة في عملية التطبيع الاجتماعي للطفل، ويتوقف السلوك الاجتماعي كمًا وكيفًا على خبرات الطفل والظروف البيئية التي يتعرض لها وعلاقته بها، ويشمل ذلك سلوك القيادة، والسيطرة والتبعية والمسايرة الاجتماعية.

النمو الانفعالي والاجتماعي في مرحلة الطفولة المتوسطة (٦ – ٩ سنوات) :

هي فترة من النمو الهادئ تتوسط النمو السريع المميز لمرحلة بداية الدراسة الابتدائية وبداية مرحلة المراهقة، وهذه المرحلة تبدأ من سنِّ ٦-٩ سنوات حيث نجدها تقابل الصفوف الدنيا للمرحلة الابتدائية، وتتميز هذه المرحلة بشكل عام باتساع الآفاق المعرفية والاكاديمية وتعلم المهارات الجسمية اللازمة للألعاب وألوان النشاط العادية مع وضوح فردية الطفل واتساع بيئته الاجتماعية.

ومن أهم الانفعالات التي يعبر بها الطفل في هذه المرحلة:

القلق: وخصوصًا ما يتعلق بحياته الجديدة في المدرسة وبحالته الصحية فهو يقلق إذا تأخر عن المدرسة وإذا قرب موعد الاختبار، ويقلق من توقع الفشل خوفًا من تقييم الوالدين والأقران.

الغيرة: في هذه المرحلة ينقل غيرته من إخوانه إلى المدرسة فهو يغار من زميله المتفوق دراسيًّا ورياضيًّا.

الخوف: تسيطر على الطفل مخاوف من الأشياء غير المحسوسة حيث نجده في المدرسة يحاول أن يبدي مظاهر الشجاعة أمام زملائه على الرغم من خوفه الشديد وخصوصًا عندما يدخل مع زملائه في لعبة تحدى وذلك خوفًا من السخرية والانتقاد.

الشعور بالسرور وحبّ الاستطلاع: صحيح أن الطفل تجاوز مرحلة الأسئلة الملحة والمتكررة التي كان يمارسها في المرحلة السابقة؛ وذلك نتيجة لاتساع خبراته إلا أنه لا يزال يملك حبّ الاستطلاع لتعرّف أيه خبرة جديدة عليه، وعند قدرته على القراءة في هذه المرحلة فإنه يتخذها مصدرًا لمعلوماته، كما يميل فيها إلى المرح والسعادة والضحك وتذوق النكتة.

النمو الاجتماعي في مرحلة الطفولة المتوسطة:

نجد أن الطفل في هذه المرحلة يحتك بوسط الكبار، فالولد يتتبع بشغف ما يجري في وسط الرجال فهو يبدي استعدادًا كبيرًا لقبول آراء والده وإخوته الاجتماعية ويتعصب لآرائه، وتجده يشعر بفرديته وتقدير فردية الطفل مهم جدًّا، إذًا من الضروري أن ينال الطفل التقدير في المنزل وفي المدرسة وغالبًا ما نجد الأطفال المهملون يتجهون إلى سلوك شاذ كضرب الآخرين من زملائه أو السرقة أو غير ذلك. لذا يجب أن نشعر الطفل بفرديته في الملكية، وفي التعبير عن آرائه، وفي إعطائه بعض المسؤوليات البسيطة، ففي هذه المرحلة نلاحظ ما يلي:

١. تقل حدة الانفعالات في هذه المرحلة وتزداد سيطرة الطفل عليها فيستطيع ضبطها أو كبتها، وهذا يجعله أكثر تكيفًا للظروف.
٢. الطفل أقل اعتمادًا على والديه، فهو يشعر بالأمن نتيجة زيادة معارفه ونمو مهاراته على تحقيق حاجاته.
٣. الطفل أكثر عداءً للكبار وخصوصًا بعد سن السابعة حينما تغلب عليه قلة الثقة بالكبار، لذلك تجد الشقاوة في هذه المرحلة وهي نوع من التمرد على استبداد الكبار.

النمو الانفعالي والاجتماعي في مرحلة الطفولة المتأخرة (٩- ١٢ سنة):

حيث تبدأ علامات البلوغ في الظهور في آخر هذه المرحلة وفي هذه المرحلة تقل سرعة النمو بصفة عامة حيث يزداد نمو العضلات وتصبح العظام اقوي وأيضًا تتساقط الأسنان اللبنية ليحل محلها الأسنان الدائمة، ويتسع النمو الحركي فيزيد نشاط الطفل، ويبدأ بممارسة العديد من الألعاب الرياضية، وهذا ما يمكنه من الاستقلال جزئيًا عن أسرته إذ يكون قادرًا على القيام بنفسه بكثير من حاجاته ومتطلباته.

يتميز النمو الانفعالي في هذه المرحلة بطابع الاستقرار، وتلجأ البنات عادة إلى البكاء، أما الأولاد فيبتعدون عن ذلك تدريجيًّا، وفي كثير من الحالات يعبر الطفل عن

انفعالاته بنفس الطريقة التي كان يعبر بها عن انفعالاته في المرحلة السابقة، ولكنه مع ذلك يحاول البُعد عن أساليب التعبير الانفعالي التي لا يتقبلها المجتمع، كما يتمثل في الرفاق والأسرة، وتوجد لدى طفل هذه المرحلة دوافع قوية لتعلّم التحكم في التعبير عن الانفعالات، إلا أن الطفل على الرغم من ذلك يعبر عن انفعالاته في المنزل بطريقة حادة.

ويغلب علي الطفل الانفعالات السارة، ولكنه يعاني أحيانًا من تقلب المزاج، حيث يعاني أحيانًا من القلق والإحباط، ويلاحظ أن المعاناة من الانفعالات غير السارة قد تؤدي إلى سوء التوافق الأسري والمدرسي، وتختلف الانفعالات في هذه المرحلة عنها في المرحلة السابقة من حيث طبيعة الموقف، ومن حيث صور التعبير عن الانفعال، وحتى يحصل على التقبل الاجتماعي يحاول مسايرة الأنماط الاجتماعية المقبولة للتعبير الانفعالي. وأشهر الانفعالات في هذه المرحلة هي انفعالات: الخوف، والغضب، والغيرة، وحب الاستطلاع، والابتهاج.

مظاهر النمو الاجتماعي في مرحلة الطفولة المتأخرة:

الاستقلال: تتميز هذه المرحلة بتحقيق مزيد من الاستقلال والاعتماد علي النفس من ناحية، ومزيد من القدرة على إنشاء علاقات اجتماعية مع أفراد من خارج الأسرة من ناحية أخرى.

الدعم النفسي والسلوك الاجتماعي البناء: يساعد الدعم النفسي والاجتماعي لكل من الوالدين والمعلمين داخل المدرسة على تنمية جوانب السلوك الاجتماعي البناء، الذي يتمثل في مزيد من الإيثار وتحمل المسئولية، وكفاءة التفاعل مع المحيطين داخل البيئة الأسرية وخارجها.

دور المدرسة في التنشئة الاجتماعية:

تعد المدرسة وسيطًا جيدًا للتطبيع الاجتماعي والتنشئة الاجتماعية في هذه المرحلة، حيث يشجع المعلمون عن قصد الكثير من أنواع السلوك الاجتماعي، من خلال الأنشطة المختلفة التي يقوم بها التلميذ في المدرسة، فتنمو العلاقات الاجتماعية ببطء في بداية هذه المرحلة، وبعد ذلك يمل الطفل من الوحدة، ويبحث بنفسه عن إقامة العلاقات الاجتماعية مع الزملاء.

الجماعات وتأثيرها الاجتماعي علي حياة الطفل في هذه المرحلة:

ينخرط الطفل في جماعة الأقران، التي تتيح له الفرصة لممارسة أنواع من المهارات الجديدة، وينتقل من عالم الأسرة المألوف الذي كان يعتمد عليه إلى عالم غريب خارج الأسرة، ويتمُّ التحول من الاعتماد على الكبار إلى مزيد من ممارسة السلوك المسموح به، وبمشاركة الطفل في النشاط الذي تقوم به جماعة الأقران يصبح واحدًا منهم، ويتعلم قيم المجتمع أو المهارات الاجتماعية كإتخاذ وجهة نظر الآخرين، ويكتسب خاصية أخرى، وهي البحث عن سمات تكون لها أهمية خاصة بالنسبة له، مثل: الشعبية، والقيادة، كما يساعده الأقران على التأثر بالجماعة عن طريق التنافس والتعاون، ويصبح السلوك الاجتماعي أكثر نضجًا، فتتناقص حدة العناد والمخالفة.

النمو الانفعالي والاجتماعي في مرحلة المراهقة:

مرحلة المراهقة تمثل مرحلة الانتقال من الطفولة المعتمدة على الغير إلى مرحلة الرشد المستقلة الناضجة. والمراهق ليس طفلاً وليس راشدًا، بل نجده يسلك تارة سلوك الراشدين وأحيانًا سلوك الأطفال فهو غير ناضج انفعاليًّا وذا خبرة محدودة. ومرحلة المراهقة هي مرحلة العمر التي تتوسط الطفولة أو هي مرحلة التأهب لمرحلة الرشد. يقع المراهق في مجال المؤثرات المتداخلة بين مجالي الطفولة والرشد.

أنماط المراهقة:

- المراهقة المتكيفة: وهي المراهقة الهادئة نسبيًّا والتي تميل إلى الاستقرار العاطفي.
- المراهقة الانسحابية المنطوية: وهي صورة مكتئبة تميل إلى الانطواء والعزلة والسلبية والتردد والخجل والشعور بالنقص وعدم التوافق الاجتماعي.
- المراهقة العدوانية المتمردة: ويكون فيها المراهق ثائرًا متمردًا على السلطة سواء سلطة الوالدين أو سلطة المدرسة أو المجتمع الخارجي.
- المراهقة المنحرفة: وحالات هذا النوع تمثل الصورة المتطرفة للشكلين المنسحب والعدواني.

النمو الانفعالي في مرحلة المراهقة:

تتصف الانفعالات في هذه المرحلة بأنها انفعالات عنيفة لا تتناسب مع مثيراتها، ولا يستطيع المراهق التحكم فيها ولا في المظاهر الخارجية لها، ونلاحظ أن عدم الثبات والتذبذب الانفعالي هو السمة العالية للانفعالات في هذه المرحلة ويتجلى ذلك في تقلب سلوك المراهق بين سلوك الأطفال وسلوك الكبار.

ويجب أن نتذكر دائمًا أن المراهق في حاجة إلى مَنْ يساعده على تحقيق الاتزان في حياته النفسية بين القوة الجارفة لانفعالاته وبين النقص الملموس في قدراته الضابطة التي يمكنها أن تتحكم في دوافعه، وعلى الرغم من حاجة المراهق إلى الرعاية والتوجيه، إلا أنه يميل لنقد الكبار ويشعر بالرغبة في تحديهم وتحدي السلطة.

العوامل المؤثرة في النمو الانفعالي عند المراهق:

يتأثر النمو الانفعالي في مرحلة المراهقة بالتغيرات الجسمية الداخلية والخارجية، والعمليات والقدرات العقلية والتآلف والتوافق الجنسي، ونمط التفاعل الاجتماعي، ومعايير الجماعة، والمعايير الاجتماعية العامة.

للنمو الانفعالي في مرحلة المراهقة متطلبات نجملها فيما يلي:

- على الآباء والمربين الالتفات إلى ظهور أي مشكلة انفعالية عند المراهق والمبادرة بعلاجها.
- تربية الانفعالات وترويضها من أجل تحقيق التوافق الانفعالي السوي بتنمية الثقة بالنفس والتغلب على المخاوف وذلك بالإرشاد والتوجيه.
- العمل على استغلال وقت الفراغ بالنشاطات المختلفة.
- مساعدة المراهق في تحقيق طموحاته وتحديد فلسفة ناجحة في الحياة.
- معاملة المراهق معاملة الكبار.

تطور السلوك الاجتماعي للمراهقين:

تتلخص أهم الخطوات الرئيسة للنمو الاجتماعي عند المراهقين في المراحل الآتية:

مرحلة التقليد: وتبدأ هذه المرحلة عندما يبلغ عمر الفرد (١٢) سنة وتنتهي في حوالي (١٥) سنة من عمره، وتتميز بفرط إعجاب المراهق بزملائه الشجعان الأقوياء الأذكياء الذين يتفوقون في ألعابهم ودراستهم، أو الذين يتزعمون أقرانه. ويحاول جهد طاقته أن يقلد هؤلاء الأفراد وأن يقتدي بهم في سلوكه.

مرحلة الاعتزاز بالشخصية: وتبدأ بعد (١٥) سنة من العمر، وتتميز بمحاولة المراهق الانتصار على زملائه في ألعابه وبمغالاته في منافستهم وبميله أحيانًا إلى السلوك العدواني، وبجرأته التي تتحدى بعض المخاوف القائمة، ليؤكد بذلك شخصيته ومكانته ويبرهن على قوته وشجاعته.

مرحلة الاتزان الاجتماعي: وتبدأ في أواخر المراهقة قبيل الرشد، وتبدو في تجنب المراهق العصيان والاندفاع والتهور، على أساس أن هذه التصرفات صبيانية لا تدل إلا على القصور والعجز.

النمو الاجتماعي: الحياة الاجتماعية في المراهقة أكثر اتساعًا وشمولاً، وتمايزًا من حياة الطفولة المتطورة النامية في إطار الأسرة والمدرسة، ذلك لأن المراهقة هي الدعامة الأساسية للحياة الإنسانية في رشدها واكتمال نضجها، كما كانت الطفولة دعامة للمراهقة.

تطور السلوك الاجتماعي في المراهقة: يختلف السلوك الاجتماعي للمراهقين عن سلوك المراهقات في بعض نواحيه، وفي تتابع بعض مظاهره، ولهذا سنحاول في الفقرات الآتية أن نبين الفروق في هذا التطور.

تطور السلوك الاجتماعي للمراهقات: تتلخص أهم المراحل التي تمرُّ بها الفتاة في نموها الاجتماعي من بداية مراهقتها إلى رشدها في المراحل الآتية:

١. **مرحلة الطاعة:** وتبدأ هذه المرحلة قبيل المراهقة وتمتد حتى أوائلها، وتبدو مظاهرها الأساسية في خضوع المراهقات لمعايير الراشدين من الأهل والأقارب، فيتصف سلوكهن بالطاعة والخُلق والوداعة والرصانة والحياء، والتظاهر بالحشمة .
٢. **مرحلة الاضطراب:** تمتد هذه المرحلة من أوائل المراهقة حتى (١٥) من العمر وتتميز بالاضطراب الانفعالي واختلال الاتزان، إذ قد تنفجر ضاحكة أو تثور غاضبة للأمور التافهة، ثم تلجأ إلى الكآبة اليائسة الحزينة، أو تبالغ في الاهتمام بنفسها ومظهرها ثم تعود إلى حالتها الأولى وهكذا .
٣. **مرحلة تقليد الفتيان:** وتبدأ في الخامسة عشر وقد تمتد إلى (١٦) أو (١٧) وتبدو في تقليد الفتيات للفتيان، في السلوك والزي والحوار. والسبب حسب فريق من علماء التحليل النفسي، هو أن الحياة في صورتها العامة تتجه دائمًا نحو القوة، والرجولة مظهر هذه القوة، ولهذا تقلد المرأة الرجل فتحاول أن ترتدي زيه والقيام ببعض تصرفاته.

٤. مرحلة الاتزان الاجتماعي: وتبدأ في أواخر المراهقة قبيل الرشد، وتبدو في استجابة الفتاة للمعايير الأنثوية الصحيحة في السلوك، في زيها وحديثها وأنماط حياتها.

أسئلة التقويم الذاتي

١. حدد حاجات الأطفال الأساسية وصولاً بالصحة النفسية؟
٢. حدد الخصائص النمائية في مرحلة الطفولة المبكرة من (٣- ٦ سنوات)؟
٣. لخص المطالب النمائية في مرحلة الطفولة المبكرة؟
٤. حدد الحاجات الأساسية بهرم ماسلو مرتبة من الأدنى إلى الأعلى؟
٥. لخص حاجات النمو العقلي للأطفال؟
٦. لخص حاجات النمو الانفعالي للطفل؟
٧. لخص حاجات النمو الاجتماعي للطفل؟
٨. ما دور البيئة الاجتماعية والأسرة في مراحل نمو الطفل المختلفة؟
٩. قارن بين مظاهر النمو الانفعال في مرحلة الطفولة المبكرة والمتوسطة؟
١٠. حدد جوانب النمو الانفعالي والاجتماعي في مرحلة الطفولة المتأخرة؟
١١. حدد جوانب النمو الانفعالي والاجتماعي في مرحلة المراهقة؟
١٢. ما العوامل المؤثرة في النمو الانفعالي عند المراهق؟

الوحدة الثالثة

نظريات تفسير سلوكات الأطفال

الوحدة الثالثة

نظريات تفسير سلوكات الأطفال

أهداف الوحدة

عزيزي الدراس عندما تنتهي من دراسة هذه الوحدة، نتوقع منك أن تكون قادرًا على:

١. تحديد مراحل النمو الاجتماعي وفق نظرية إريكسون.

٢. تحديد مراحل النمو العقلي عند بياجيه.

٣. تعرّف آراء كل من واطسون وديوي حول مراحل اكتساب اللغة.

٤. تعرّف مراحل النمو الخُلقي عند كولبرج.

٥. تعرّف كيفه اكتساب الطفل للسلوك السَّيِّئ.

٦. تعرّف فنيات التعامل مع السلوك السَّيِّئ.

أولا : نظريات تفسير سلوكات الأطفال
Theories of children's behavior

مقدمة:

توصل العلماء عن طريق العديد من النظريات المفسرة لظاهرة النمو، وازداد الاهتمام في السنوات الأخيرة بالنظريات التي تحاول الإجابة عن كيف يحدث النمو؟ وكيف يصبح السلوك الإنساني متوافقًا مع العالم الداخلي والخارجي.

ولا تتم الإجابة عن هذا السؤال الا بتعرّف مجموعة من المفاهيم والقضايا التي تشرح جوانب معينة من ظواهر النمو الإنساني، ففي مجال النمو نجد عدة نظريات، كل منها يركز على أحد جوانب النمو، منها:

١- نظرية النمو النفسي الاجتماعي (إريك إريكسون):

بنى أريكسون نظرية النمو النفسي الاجتماعي على أسس نظرية التحليل النفسي لـ"فرويد"، وافترض ثمانية مراحل يمرُّ بها الإنسان في نموه الاجتماعي، وحدد لكل مرحلة قضيتين إحداهما إيجابية والأخرى سلبية، وتشمل المراحل ما يلي:

- **مرحلة الثقة:** ومقابلها عدم الثقة وتبدأ من الميلاد حتى الثانية حيث تولد الرعاية والعناية بالطفل في سنواته الأولى أي الشعور بالثقة، في حين يفقد الطفل الثقة في المحيط الذي يعيش فيها إذا أخفق هذا المحيط في تلبية حاجات الطفل .
- **مرحلة الاستقلال:** ويقابلها الشعور بالعار تبدأ من (٢-٤) سنوات، فالتربية الجيدة تساعد الطفل على الشعور بذاته والقدرة على السيطرة عليها، وإذا فشل الطفل في الشعور بالاستقلال فإنه يتولد لديه الإحساس بالعار.

- المبادأة: ويقابلها الشعور بالذنب تبدأ من الثالثة حتى السادسة، وهي سنوات الخيال واللعب والمغامرة والتعامل مع الآخرين، وإذا فشل الطفل في تحقيق ذلك فإنه يشعر بالذنب ويصبح خائفًا مترددًا.
- مرحلة الاجتهاد: ويقابلها الشعور بالنقص (سنوات التعليم الابتدائي) يتعلم الطفل المهارات الأساسية (القراءة والكتابة والحساب). كما يشارك في النشاط الاجتماعي واللعب المنظم ويقوم بتأدية الواجبات، والإخفاق في هذه المرحلة والمرحلة السابقة، يولد عند الطفل الشعور بالنقص.
- مرحلة تحديد الهوية: ويقابلها اضطراب الهوية، وتظهر في مرحلة المراهقة.
- مرحلة العلاقات العاطفية: ويقابلها الشعور بالعزلة؛ مرحلة الشباب والزواج.
- مرحلة الإنتاج: ويقابلها الأنانية والإخفاق في العمل والحياة الزوجية قد تدفع الفرد للسلوك الأناني.
- مرحلة التكامل: ويقابلها الشعور باليأس.

إن النجاح في المراحل السابقة يولد الشعور بالنجاح في الحياة العائلية والحياة العملية والإحساس والفشل في هذه المرحلة والمراحل السابقة يولد الإحساس بالإحباط واليأس في مراحل الحياة الأخيرة .

٢- نظرية النمو العقلي والمعرفي (جان بياجيه):

بدأ عالم السويسري جان بياجيه (١٨٩٦ – ١٩٨٠م) نشاطه في علم النفس عام ١٩٢٠م، وقد ركز اهتمامه على النمو العقلي والمعرفي الذى يطرأ على الشخص خلال التحول من مرحلة الوليد إلى مرحلة الرشد.

وقد اهتم بالتعرف على الاستجابات التي يجيب بها الأطفال على اختباره الأشياء، ومن خلال الملاحظة المتكررة لسلوك الأطفال واستجاباتهم في التفكير والاستدلال أمكن لـ"بياجيه" أن يستخلص "نظام عقلي منطقي" يحكم تفكير الأطفال.

وقد استخدم بياجيه أسلوب الملاحظة، ولكنه لم يهتم بالضبط التجريبي للموقف الذى يلاحظ فيه الأطفال، لأنه كان يريد أن يلاحظهم في مواقف طبيعية، وقدم نتائج دراسته في صورة تقارير وصفية، وليست معالجات إحصائية، وقد اهتم بالتعرف على العمليات المختلفة التي تتم داخليًّا لدى الأطفال أثناء محاولتهم الإجابة عن الأسئلة الاختيارية.

لذلك كان لا يهمه إذا كانت إجابات الأطفال صواب أم خطأ، ولكن كان ما يهمه الأسلوب الذى سار به تفكير الطفل حتى أصدر إجابته، إذ كان اهتمامه بالميكانيزمات العقلية التي تستخدم في التفكير وحلِّ المشكلات.

تعريف بياجيه للنمو العقلي:

يري بياجيه أن النمو العقلي "هو عملية استيعاب الفرد لبيئته المادية والاجتماعية، والتي تبدأ بالإدراك الحسي وتنتهى بتكوين المفاهيم المجردة والاستيعاب الرمزي". ويشير مصطلح النمو العقلي المعرفي إلى تلك التغيرات في معارف وقدرات الفرد على التفكير فيما يحيط به من مظاهر، وعادة ما يطلق على مرحلة الطفولة المبكرة مرحلة السؤال، حيث تتكرر أسئلة الأطفال، على الرغم من عدم فهمه الكامل لتلك الأجوبة لعدم نضجه الكامل، فيقوم بتصنيفها في ضوء خبراته السابقة.

وقد أوضح العالم بياجيه كيف ينمو العقل ؟ والمراحل التي يمرُّ بها ذلك النمو العقلي. فهو يرى أن مخ الإنسان له نفس الخصائص التي تميز سائر الأعضاء في الجسم وهى:

أ. الاعتمادية: المتبادلة بين الكائن الحي والبيئة التي يعيش فيها.

ب. التفاعلية: المتبادلة بين الكائن والبيئة والتأثر بها والتأثير فيها.

ج. التوازن: وهوما يسعى إليه الفرد.

د. الثوابت الوظيفية: التي تحدد طريقة تفاعل الكائن مع بيئته.

في ضوء هذه الخصائص يفسر بياجيه عمليه النمو العقلي. ونجد أن الثوابت الوظيفية هي العملية التي يتمُّ من خلالها التكييف.

وتتمثل هذه الثوابت الوظيفية في عمليتين أساسيتين:

المواءمة Accommodation

هي عملية التي يقوم بها الفرد بتعديل البنية المعرفية السابقة ليسهل عليه التدخل واستيعاب الخبرة الجديدة في إطارها.

الاستيعاب أو التمثيل Assimilation

هي ميل الكائن الحي إلى تقبل الخبرة الجديدة ووضعها ضمن إطار خبرات سابقة(كلما كانت الخبرة الجديدة وثيقة الصلة بالخبرات السابقة كلما يسهل استيعابها). ومن خلال هاتين العمليتين يحدث **التكيف** بين الكائن والبيئة.

ونظرًا لزيادة التعقيد في الأبنية والتراكيب العقلية يقوم العقل بعملية أخرى وهى التنظيم Organization بهدف إعادة الاتزان وإحداث التكييف.

ويمر النمو العقلي للإنسان بعدد من المراحل، تشمل:

اولاً: المرحلة الحس حركية Sensor motor (الميلاد – سنتين):

يتمثل النمو العقلي والمعرفي هنا في القدرة على التناسق الحسي حركي. فالطفل لا يعرف أي شيء عن العالم المحيط، وكل ما يملكه ردود أفعال انعكاسية مع البيئة الخارجية من خلال عمليتي الاستيعاب والمواءمة.

ويبدأ في الاحتكاك مع البيئة من خلال معرفة حسية، ومع التكرار يبدأ التعرف أكثر. ففي الوقت الذى لا يبحث فيه عن اللعبة إذا سقطت في بداية حياته نجده في نهايتها يبحث عنها. اذا أصبح يميّز بين وجود الشيء وإدراكه.

ثانياً: مرحلة ما قبل العمليات Preoperational (٢ – ٧ سنوات):

يقسم بياجيه هذه المرحلة إلى :

أ- مرحلة ما قبل المفاهيم (٢ – ٤ سنوات).

ب- مرحلة الحدس والتخمين (٤– ٧ سنوات).

وفيما يلي شرح تلك المراحل:

أ- مرحلة ما قبل المفاهيم (٢– ٤ سنوات):

يتغير تفكير الطفل من التفكير الحركي إلى التفكير الرمزي، وتظهر (التمثيلات الرمزية) مثل: استبدال شيء غير حاضر مباشرًا بكلمة أو شيء حاضر، ويظهر ذلك أثناء لعب الأطفال. مثال/ يعتبر العصا.. حصان، القلم في فمه.. كالسيجارة.

ويمتاز هذا التفكير التمثيلي بأنه: أكثر مرونة من التفكير الحركي، لأنه يدرك مجموعة من الأحداث المنفصلة في صورة إجمالية. يتخطى الأفعال المحسوسة، ويصبح الطفل قادرًا على التأمل ويفكر. والتفكير له مضمون اجتماعي، حيث يستطيع الطفل أن يترجم أفكاره إلى أشكال يوصلها للآخرين.

ب- مرحلة الحدس أو التخمين (٤- ٧ سنوات)

يكتسب فيها الطفل المفاهيم بشكل حدسي (تخميني)، مثال: قطعة الحلوى المقسمة إلى أربع قطع أكبر من الواحدة السليمة. إذا احكام الطفل تأتي خاطئة، ويرجع ذلك إلى خصائص نموه العقلي. وبالتالي أحكامه صادرة من الخبرة الحسية، ولا يحتفظ بالمعلومات في عقله، ولا يمكن إعادة ترتيبها، ولا يستطيع تجزأة الخبرة.

وعلى الرغم من كل هذه التطورات التي طرأت على النمو العقلي للطفل، ولكن نشاطه المعرفي يظل محكومًا بحدود معينة تشمل: التمركز حول الذات Egocentrism، التركيز Centration، اللامقلوبية Irreversibility ، الاحتفاظ بخاصية

الشـيء Conservation، عـدم القـدرة علـى المتابعـة الذهنيـة. فـلا يسـتطيع الطفـل استخلاص دلالات من أشياء ليست متجاورة.

ثالثًا: مرحلة العمليات العيانية أو المحسوسة Concrete Operations (٧ – ١١ سنة)

يمـارس فيهـا الطفـل ألـوان الـتفكير المنطقـي، ويتحـرر مـن تمركـزه حـول ذاتـه، ويتفاعـل أكثـر مـع الآخـرين، ويقـوم بعمليـات عقليـة منطقيـة، ويفهـم مبـدأ الاحتفـاظ بخاصية الشيء، الربط بين الكل والجزء.

رابعًا: مرحلة العمليات المجردة Formal Operations (١١ – ١٥ سنة):

تنمـو فيهـا قـدرة المراهـق علـى: الـتفكير المـنظم، التعامـل مـع الأشـياء المجـردة، الـتفكير المنطقـي، الـتفكير العلمـي والقـدرة علـى فـرض الفـروض وحـل المشـكلات، ولكنـه يرجع إلى التمركز حول الذات مرة أخرى.

التمركز حول الذات:

يفكر الطفل في العالم من خلال ذاتـه، لا يأخذ وجهات نظـر الآخرين، يفـترض أن كل فرد يفكر كما يفكر هو، وعدم وضـع نفسه موضـع الآخرين، مثـال: هـل لـك أخ يقول.... نعم، هل أخوك له أخ يقول..... لا.

كما يضفى صفة الايحائية **Animism** على الأشياء، مثال: الشمس تتبعه لأنه ولد طيب، القمر ينظر إليه ويراقيه، الحصان الخشبي يحدثه ويستمع إليه.

٣- نظريات النمو اللغوي:

لقد صاغ علمـاء الـنفس مجموعـة مـن الفـروض أو النظريـات تضـع في اعتبـارهـا عناصر خاصة للنمو اللغوي تتراوح من الأسباب البيولوجية إلى النظريات التي تؤكد على خبرات الأطفال في البيئة، وعلى الرغم من أن كل نظرية تؤكد على بُعد معين في نمـو الطفـل واكتسـابه اللغـة إلا أن غالبيـة المنظـرين يعتقـدون أن الأطفـال لـديهم استعداد وتهيؤ بيولوجي لاكتساب اللغة، ولكن طبيعة الخبرات التي يتعرضون لها مع

اللغة إلى جانب نمو قدراتهم المعرفية تؤدي دورًا في تشكيل كفاءة الأطفال اللغوية، وفيما يلي عرض لإبراز النظريات:

أولاً: النظرية السلوكية: Behaviorist Theory

تفترض النظرية السلوكية عامة أنه ينبغي أن تولي الاهتمام بالسلوكات القابلة للملاحظة والقياس ولا يركزون اهتمامهم على الابنية العقلية أو العمليات الداخلية، والمشكلة الأساسية في هذا المنظور هي أنه نظرًا لأن الأنشطة العقلية لا يمكن أن ترى فإنها لا يمكن أن تعرف أو تقاس.

فالسلوكيون لا ينكرون وجود هذه العمليات العقلية، ولكنهم يرون أن السلوكات القابلة للملاحظة مرتبطة بالعمليات الداخلية أو الفسيولوجية، ويرون أنه لا يمكن دراسة ما لا يمكن أن تلاحظه، ومن ثم فالسلوكيين يبحثون عن السلوكات الظاهرة التي تحدث مع الأداء اللغوي. وهم يعتقدون أن اللغة متعلمة، فهم لا يرون أن اللغة شيء فريد مميز بين السلوكات الإنسانية، ويرى واطسون" أن اللغة في مراحلها المبكرة أنموذج بسيط من السلوك. ويرى السلوكيون أن اللغة هي شيء يفعله الطفل وليس شيء يملكه الطفل. ويرون أن اللغة متعلمة وفقًا لنفس المبادئ المستخدمة في تدريب الحيوانات ومثل سلوكات الحيوانات المتعلمة هذه، فإن السلوك اللغوي متعلم بالتقليد والتعزيز.

ومن أبرز أوجه الاختلاف مع السلوكية أن الطفل يكون سلبيًّا خلال عملية تعلّم اللغة، ثم يكتسب الخبرات التي توفرها النماذج اللغوية في بيئته، ومنها يكتسب اللغة.

ولاشك في أن التعزيز والتقليد يلعبان دورًا في النمو اللغوي إلا أنه على الرغم من ذلك فإنه من الصعوبة أن ينظر إليهما باعتبارهما التفسير الوحيد لنمو الطفل اللغوي، ومن أبرز جوانب القصور في هذه النظرية هو الافتراض أن الطفل يلعب دورًا سلبيًّا في اكتساب اللغة.

ثانياً: المدرسة الإدراكية أو المعرفية: Cognitive

أن الطفل يتعلّم التراكيب اللغوية عن طريق تقدير فرضيات معينة مبنية على النماذج اللغوية التي يسمعها، ثم وضع هذه الفرضيات موضع الاختبار في الاستعمال اللغوي وتعديلها عندما يتضح له خطؤها، فيقوم بتقريبها تدريجيًّا من تراكيب الكبار إلى أن تصبح تراكيبه مطابقة لتراكيبهم، أي إن الطفل يستخلص قاعدة لغوية معينة من النماذج التي يسمعها ثم يطبق هذه القاعدة وبعد ذلك يعدلها إلى أن تطابق القاعدة التي يستعملها الكبار.

ثالثًا: آراء العلماء في كيفية اكتساب اللغة:

فيما يلي نحاول أن نتعرف على بعض الآراء في اكتساب اللغة وأن نبين وجهات النظر المختلفة في هذا المجال:

أ) واطسون Watson واكتساب اللغة:

يلخص واطسون المراحل التي يمر بها الطفل حتى ينطلق الكلمة فيما يلي:

- المرحلة الأولى: عندما يصدر الطفل صوتًا وليكن (وا) فإنه يحفز نفسه على المستوى السمعي وعلى مستوى الإحساسات الحركية الداخلية، ولكن هذه الحوافز تقتضي جوابًا، وهذا الجواب هو النطق من جديد بالمقطع (وا).
- المرحلة الثانية: إذا مضى بعض الوقت فإن إصدار صوت (وا) يمكن أن يستأثر بالحافز السمعي، إذا لم يعدّ" المثير" الحافز الحركي الداخلي ضروريًّا، هذا ما يتيح للمحيطين بالطفل أن يتدخلوا على تكرار الصوت (دا).
- المرحلة الثالثة: عندما يقدم الطفل مصاصة، وينطق المقطع (دا) مع كل مرة تقدم فيها المصاصة، عندها يعمل الطفل إلى تكرار هذا المقطع لدى رؤية المصاصة.

- **المرحلة الرابعة:** يرى واطسن أن رؤية الشيء فيما بعد لن تكن ضرورة لإثارة لفظ الكلمة، إذ يرى أن الكلمة حركة أو إشارة تتم في حضور الشيء أولاً ثم في غيابه.

ب) آراء العالم ديوي John Dewey في اكتساب اللغة:

يرى ديوي أن الكلام لدى الطفل يبدأ بالطبع مجرد أصوات وأنغام خالية من أي معنى أو تعبير أي إنها لا تحمل فكرة ما، وهذه الاصوات ما هي إلا نوع من المنبهات، فلفظ " قبعة" يبقى خاليًا من المعنى كأي صوت إلا إذا لفظ مقرونًا بعمل قد اشترك فيه نفر من الناس.

فلما تصطحب الأم الطفل إلى خارج المنزل تضع شيئًا فوق رأسه وهي تقول له قبعة، ففي خروج الطفل مع أمه لذة له، ومعني كلمة "القبعة" لدى الطفل هو نفس المعنى الذي تفهمه منه أمه باقترانها بمختلف العوامل التي تدخل في نشاطهما، فتتحول الكلمة إلى رموز لنوع العمل الذي اقترنت به. فاللغة تتألف من جملة أصوات يفهمها عدد من الناس كافية للدلالة على أن معنى اللغة يعتمد على اقترانها بخبرات مشتركة بين الناس.

ويشير ديوي إلى أن الوسط الاجتماعي يعمل على تكوين العادات اللغوية إذ إن أساليب الكلام الأساسية والجانب الأكبر من المفردات اللغوية تتكون من سياق الحياة المعتادة بسبب كونها ضرورة اجتماعية، والطفل كما يقول الناس يتعلم لغة أمه.

جـ) سكنر skinner واكتساب اللغة:

يرى سكنر أن اكتساب اللغة يتم في الوسط الاجتماعي بطريق المثير والاستجابة، وهو الذي أدخل مفهوم السلوك الأدائي فأشار إلى أن السلوك اللفظي يمثل المستوى الأدائي، وعرفه بأنه السلوك التلقائي الذي يمكن أن

يدعم أو دعم فعلاً متمايز بالاشتراط الوسيلي فالسلوك اللفظي التلقائي عند الطفل يمكن أن يخضع في نظر سكنر لعملية تدعيم اجتماعي، فالطفل يتعلم هنا أن إحداث بعض الأصوات التي تشبه ظاهرياً على الأقل بعض الأصوات المقبولة اجتماعياً لبعض الكلمات مثل(لبن) أو (ماء) يؤدي إلى استجابة بالتشجيع ومن ثم تقوي هذه الأصوات أو الكلمات، أما الأصوات أو الكلمات الأخرى التي لا تكافئ بهذه الصورة فإنها تنطفئ ويمكن أن يمتد هذا التفسير الذي ذهب إليه سكنر ليشمل الظواهر اللغوية كلها.

فالطفل يميل إلى تعلّم الاستجابة التي تدعم سواء أكان التدعيم بطريق الثواب المباشر الذي يؤدي إلى خفض حدة التوتر أم كان بطريق بعض الأدلة الثانوية غير المباشرة للثواب النهائي. أما الاستجابات التي لا تدعم فتميل إلى الانطفاء والاختفاء من حصيلة استجابات الطفل، والاستجابات المتضمنة في هذه الأحداث قد تكون استجابات مباشرة لمثيرات خارجية.

ويقول سكنر عن الحصيلة اللفظية لدى الطفل أو المتكلم، حيث يمتلك المتكلم "ذخيرة لفظية"، بمعنى أن أنواعًا مختلفة من الاستجابات تظهر من وقت لآخر في سلوكه على ارتباط بظروف يمكن تحديدها ويشير تعبير" الذخيرة اللفظية" على أنها مجموعة من الاستجابات الإجرائية اللفظية إلى السلوك المحتمل للمتكلم.

د) جون كارول John Carrol واكتساب اللغة:

ينطلق جون كارول من أن الطفل في أثناء نموه اللغوي يتعلّم أي الاستجابات اللفظية أو الحركية التي سوف توصله إلى ما يريده، أو تبعده عمّا يكره، وأي استجابات الآخرين يمكن أن تتخذ أدلة لما يريد، وتكون الاستجابات المتضمنة في البدء عامة جداً وشاملة، ولكنها تتمايز بالتدريج وتتشكل، والطفل يتعلّم أن

يقلد استجابات الآخرين ولكنه يتعلّم محاولة القيام باستجابات جديدة وارتباطات بين الاستجابات، كما يحاول التعميم أيضًا. والأخطاء البارزة التي قد يقع فيها الطفل أحيانًا هي نتيجة إخفاقة في تعرّف الفروق الحساسة في الصورة والشكل والمعنى، أو هي نتيجة المشابهة الخادعة الخاطئة التي يقع فيها نتيجة عدم الانتظام والثبات في اللغة.

٤. نظرية النمو الخلقي (كولبرج):

طرح كولبرج تصوره للنمو الأخلاقي أول مرة من خلال رسالته للدكتوراه التي نشرت عام ١٩٥٨م؛ حيث عمل على إعادة ما طرحه بياجيه مستخدمًا عينة من الأمريكيين باستخدام طريقة للتقويم تختلف في المحتوى بعض الشيء عن طريقة بياجيه، وأن تشابهت معها في الجوهر. وقد أخذ كولبرج بما طرحه بياجيه في مرور الطفل بمراحل النمو المعرفي وأكد أهميتها. وقد طبق دراسته على (٧٢) فردًا تتراوح أعمارهم بين (١٠– ١٦ سنة)، واستخدم أثناء المقابلات قصصًا وحوارات تشابه ما استخدمه بياجيه في دراسته التي أجراءها عام ١٩٣٢م، وكانت تدور حول شخص أمام مأزق أخلاقي، ويطلب من المفحوص أن يذكر ماذا يفعل لو كان مكان ذلك الشخص؟ مع إعطاء تبرير لذلك التصرف الذي ذكره .

وقد ضبط بعض المتغيرات المتداخلة مثل الجنس، والوسط الاجتماعي، والطبقة الاجتماعية، ومن خلال ذلك توصل كولبرج إلى تحديد ست مراحل للنمو الأخلاقي، داخل ثلاثة مستويات رئيسة، تختلف فيها مبررات إصدار الأحكام الأخلاقية. وقد استخدم في تحديد تلك المستويات مصطلح "العرف والقانون" ويقصد به: التمسك ومسايرة قواعد المجتمع وتوقعاته وتقاليده وقوانينه، لأن المجتمع ارتضاهما وهذا ما لا يعيه الفرد في المستوى الأول، أما الأفراد في المستوى الثالث فهم يعون هذه القواعد والتوقعات والتقاليد والقوانين، ليس لأنها عرف وقانون المجتمع وإنما لأنهم يقبلون المبادئ الأخلاقية العامة التي تكون أساسها، وعندما يتعارض العرف والقانون

مع هذه المبادئ العامة فهؤلاء الأفراد يصدرون أحكامهم طبقًا للمبادئ وليس طبقًا للعرف والقانون.

ويعتبر النمو الخلقي أحد مظاهر التنشئة الاجتماعية، حيث يتعلم الطفل كيفية المواءمة مع ما يتوقعه المجتمع منه، ويستوعب مجموعة من المعايير يطلق عليها اسم "معايير الحكم الأخلاقي".

فالقيمة الخلقية هي "مجموعة الاحكام والأفكار التي استوعبها الفرد داخله ولم تعد مفروضة عليه من الخارج"، ومن أهم العلماء في هذا المجال لورانس كولبرج L. Kohlberg، ويفترض الباحثون في هذا الميدان أن الإنسان بصفة عامة يحرص على اتباع القواعد الاجتماعية والأخلاقية حتى لا يعرض نفسه لمشاعر الذنب.

واعتبر كولبرج أن المفهوم الأساسي للنمو الخلقي هو "العدل" والتوازن بين حقوق الأفراد وواجباتهم. لذلك يرى أن التلقين الذى يفرضه الآباء على الصغار لا يؤدى إلى النمو الخلقي عندهم، ويرى أن هناك مفاهيم أخلاقية في كل الثقافات مثل: الحب، الحرية، العدل، السلطة.. إلخ. كما يرى أن العمر الزمني له أهمية خاصة في مجال الأحكام الخلقية، حيث تزداد قوة الحكم الخلقي مع التقدم في العمر.

مراحل النمو الخلقي عند كولبرج:

يرى كولبرج أن النمو الخلقي يعتمد على النمو المعرفي والعقلي، فأي حكم خلقي يصدر عن الإنسان يكون له أساس معرفي، إذا هناك ارتباط بين العمر الزمني للفرد ومستواه المعرفي وأحكامه الخلقية.

ففي عام ١٩٥٧م كان يجرى بعض الدراسات في جامعة شيكاغو، واستخدم اختبار الحكم الخلقي لجماعة مكونة من (٧٢) طفلاً يتراوح أعمارهم بين (١٢— ١٦ سنة) عن طريق توجيه بعض الأسئلة اليهم متضمنة مسائل ومعضلات أخلاقية مثل: يمكن

للفرد أن يسرق الدواء لإنقاذ امرأة تموت؟ مخترع الدواء الذى يبيعه بعشرة أمثال تكلفته؟ ومن إجابات الجماعة استطاع أن يضع مراحل للنمو الخلقي.

ويؤكد كولبرج أن النمو الأخلاقي يسير متوافقًا مع النمو العقلي، وأن النمو الأخلاقي يمرُّ بمراحل ثلاث هي:

١. مرحلة ما قبل الأخلاق Premolar: فيها يطيع الطفل الأوامر والنواهي ليتجنب العقاب. كما أن الطفل يخضع للسلطة للحصول على الثواب، وتنطبق على الأطفال الصغار وتشمل:
   أ - الوعي بالثواب والعقاب.
   ب- التوجيه نحو اللذة مع تبادل المنفعة والمصلحة.
٢. مرحلة التقليد: يتمسك الطفل بالقيم الأخلاقية والمعايير السلوكية لإرضاء الآخرين؛ وليتجنب نقمة السلطة، وتشمل:
   - التوجه نحو أخلاقيات الولد الطيب.
   - التوجه نحو السلطة والقانون والواجب.
٣. مرحلة ما بعد التقليد: يحافظ الفرد في هذه المرحلة على القيم والسلوك الأخلاقي؛ لأن في ذلك مصلحة وخير للجماعة والمجتمع. كما أنه يتمسك بالسلوك الأخلاقي ليرضي عنه ذاته وتصبح القيم الأخلاقية جزء في ذاته فهو يطبقها لأنه تصنع بها حتى لو تعارضت مع المجتمع، وتصل إليها قلة من الراشدين، وتشمل:
   - توجيه السلوك الاجتماعي مع انتشار الأخلاق داخل المؤسسات.
   - مبادئ الضمير الخلقية التي تتصف بالقيم العليا والمساواة والشرف والكرامة.

المستوى الأول: ما قبل العرف والقانون: ويكون عليه معظم الأطفال قبل سن التاسعة، وقليل من المراهقين وبعض المجرمين في سنّ المراهقة ومرحلة الشباب. وفيه مرحلتين هما:

- **المرحلة الأولى: أخلاق ذات طابع خارجي: أن تتجنب كسر القواعد خشية العقاب، والطاعة من أجل الطاعة، وتجنب إحداث التلف المادي للأشخاص والممتلكات.**
- **المرحلة الثانية: الفردية والوسيلية وتبادل المنفعة: أن نتبع القواعد فقط عندما تتفق مع المصلحة العاجلة للفرد واحتياجاته والسماح للآخرين باتباع نفس الأسلوب.**

المستوى الثاني: العرف والقانون: هو المستوى الذي يكون عليه أغلب المراهقين والراشدين في أي مجتمع. وفيه مرحلتين هما:

- **المرحلة الثالثة: المسايرة القائمة على التوقعات المتبادلة والعلاقات المشتركة: أن تتعرف على مستوى توقعات الناس المحيطين بك، وما يتوقعونه بصفة عامة من شخص مثلك، وأن يعترفوا أنك طيب، ومن ثم يجب أن تكون نواياك طيبة وتهتم بالآخرين، وأن تحافظ على علاقات متبادلة مثل الثقة والولاء والاحترام والامتنان.**
- **المرحلة الرابعة: النظام الاجتماعي والضمير: أن تنفذ واجباتك الفعلية التي اتفقت على تنفيذها — القانون هو الحكم إذا تعارض مع واجباتك الاجتماعية الثابتة، والصواب هو الذي له صلة بنائية بالمجتمع والجماعة والمؤسسات داخلهما.**
- **المرحلة الخامسة: العقد الاجتماعي والحقوق الفردية والمنافع: أن تكون على دراية بأن الناس لديهم قيم مختلفة وآراء متعددة أغلبها له صلة بالجماعة**

التي تنتمي إليها، وهذه يجب أن نحافظ عليها باعتبارها ناتجة عن العقد الاجتماعي دون انحياز، ولكن هناك قيم وحقوق عامة ليس لها صلة بأي مجتمع (مثل: الحياة/ الحرية) وتلك يجب أن نحافظ عليها بغض النظر عن صلتها بمجتمعنا أو تعارضها مع رأى الأغلبية.

- المرحلة السادسة: المبادئ الأخلاقية العامة: أن يتبع الفرد المبادئ الأخلاقية التي ارتضاها، وأن يتبع القوانين المتمشية مع هذه المبادئ، ولكن إذا تعارضت القوانين الاجتماعية مع هذه المبادئ فالمبادئ العالمية التي يؤمن بها كافة البشر كالعدل وحقوق البشر المتساوية واحترام كرامة الإنسان هي المقدمة.

تعتبر مراحل النمو الأخلاقي عند بياجيه وكولبرج من أفضل ما قدم في الدراسات النفسية المعاصرة في هذا الموضوع، إلا أنه يؤخذ عليهما مخذ أهمها ما يلي:

١- أن سرعة نضج القدرة على إصدار الأحكام الأخلاقية تسير بطريقة أبطأ مما أشار إليه بياجيه، كما دلت عليه الدراسات التي أُجريت حول هذا الموضوع.

٢- لم يكن مفهوم المرحلة في النمو الأخلاقي واضحًا عند بياجيه، بينما كولبرج كان مصدر التحسين والتقبيح للأخلاق.

٣- عدم الاتفاق على تحديد سن أعلى مراحل نضج الأخلاق، فهي عند بياجيه سن الثامنة عشرة، بينما خالفه كولبرج فارتقى بها إلى سن الخامسة والعشرين.

٤- التحيز الثقافي وفقد الثبات عبر الثقافات المختلفة، مما أخذه بعض الباحثين علاما قدمه كل من بياجيه وكولبرج.

٥- إهمال دور الدين في الأخلاق، وكونه أساس كل خلق حسن.

٥. نظرية النمو الجنسي (فرويد):

يعتبر فرويد مؤسس مدرسة التحليل النفسي، ويرى أن الطفل مزود بطاقة لبيدية وغريزية فطرية Libido، وهذه الطاقة غالبًا ما تصطدم مع المجتمع بسبب

تعارض رغبات الفرد مع الضوابط الاجتماعية والاخلاقية، وطبيعة علاقة الفرد مع المجتمع هي التي يتوقف عليها نمو الشخصية في المستقبل، وتنمو هذه الطاقة اللبيدية في مراحل معينة، تشمل هذه المراحل:

مراحل تكوين الطاقة النفسية اللبيدية:

١- المرحلة الفمية الأولى.

٢- المرحلة الفمية الثانية.

٣- المرحلة الشرجية.

٤- المرحلة القضيبية.

٥- مرحلة الكمون.

٦- مرحلة المراهقة.

المرحلة الفمية الأولى: Oral Stage

تمتد حتى نهاية النصف الأول من العام الأول من حياة الطفل. وحياة الطفل تدور كلها حول الفم، ويحصل الطفل على اللذة من المص والرضاعة، ويضع الطفل أي شيء يصل إلى يديه فمه ويحاول مصّه أو رضاعته.

المرحلة الفمية الثانية:

تبدأ هذه المرحلة من نهاية المرحلة الفمية الأولى وتستمر حتى نهاية العام الأول من حياه الطفل، وتشبه المرحلة السابقة، ولكن مصدر اللذة ينتج عن سلوك العضّ وليس المصّ، ويشير فرويد إلى الاحباط الذى يحدث في حياة الطفل بهذه المرحلة لأول مرة، ويصبح الطفل في هذه المرحلة ثنائي العاطفة (أي يحبّ ويكره نفس الموضوع في نفس الوقت).

المرحلة الشرجية: Anal Stage

تبدأ من بداية العام الثاني وحتى نهاية العام الثالث من حياة الطفل، وتنتقل مرحلة الإشباع اللبيدي من الفم إلى الشرج، ويبدأ الطفل في التحكم في الأمعاء والمثانة، ويحصل الطفل على لذته أثناء الإخراج، ويغلب على هذه المرحلة العطاء والمنع، ومشاعر ثنائية كما في المرحلة السابقة.

المرحلة القضيبية:

وهى مرحلة الطفولة المبكرة (٤– ٥ سنوات)، ينتقل فيها مركز الاشباع اللبيدي من الشرج إلى الأعضاء التناسلية، ويواجه الطفل فيها عقدتي أوديب والكترا، وهى التوحد والتعاطف للأب من الجنس الآخر.

مرحلة الكمون:

تبدأ من (السادسة حتى مرحلة البلوغ)، ومع انتهاء الموقف الأديبي السابق، ويبدأ هنا لطفل بالانشغال بالآخرين، ويخطو النمو الاجتماعي خطوات واسعة، ويبدأ النمو الانفعالي والمعرفي، وهى أنسب فترة لدخول المدرسة واكتساب المعارف، ويكتسب الطفل العديد من العادات الاجتماعية السليمة، والعمل على تنفيذ الأوامر وإطاعة الكبار.

مرحلة المراهقة:

لا يصل الفرد لهذه المرحلة إلا إذا مرَّ بالمراحل السابقة، وحرص على الإشباع المناسب لكل منها، واذا لم يحدث الإشباع يحدث التثبيت Fixation أي توقف النمو النفسي عند مرحلة معينة، مما يجعله عرضة للنكوص Regression أي العودة إلى مرحلة سابقة، اذا ما واجهته مواقف صعبة.

ثانيًا: كيف يكتسب الأطفال السلوك السَّيِّئ ؟

السلوك المضطرب عند الأطفال يقصد به تعلّم خاطئ للسلوك، بمعنى أن السلوكات الشاذة التي نلاحظها على أطفالنا تعلّموها من الكبار أو ممنْ يحيطون بهم من أطفال، لذا تهدف هذه النظرية إلى تعليم الطفل سلوكًا جيدًا بحيث يحلُّ محلّ السلوك الخاطئ، فالطفل يتعلم من والده الصدق إذا كان صادقًا، ويتعلّم الكذب إذا كان كاذبًا، وأحيانًا الأم تكذب على طفلها فتقول: سأذهب للطبيب وهي ذاهبة للسوق، ولكن الطفل ذكي فيكتشف أن أمه تكذب عليه فيفقد ثقته فيها ولا يصدقها بعد ذلك، وبالتالي تعتبر العوامل البيئية من أهم أسباب اكتساب الطفل للسلوك السَّيِّئ.

كيفية وقاية الطفل من ظهور المشكلات السلوكية:

الأول: وقاية مباشرة قبل حدوث السلوك السَّيِّئ ، وذلك بتجنيب الحدث مواطن الزلل، وذلك بمعاملته معاملة سليمة تعتمد على التوازن في التربية فلا إفراط ولا تفريط، وتجنب الأخطاء التربوية التي تؤدي إلى نتائج سلبية في سلوك الطفل، وأهمها ألا نسلك سلوكًا مشينًا أمام أطفالنا فهم يتعلمون منا فنحن قدوتهم إذا كنا صالحين تعلم أبناؤنا الصفات الحسنة منا.

الثاني: وقاية بعد حدوث المشكلة بمنعه من تطوير السلوكات السيئة، وذلك بتغيير أنفسنا نحن أولاً، فإذا كنا نمارس أخطاء أمام أطفالنا فعلينا أن نتجنبها فلا يرانا أطفالنا إلا على أحسن حال، المشكلة أن بعض الآباء لا يدركون الخطر الذي يحدق بأطفالهم عندما يمارسون أعمالاً سيئة أمامهم ويعتقدون أن الأطفال لا يفقهون أو لا يدركون سلوك آبائهم، بل إنهم يدركون ذلك بشكل لا يتوقعه الآباء.

ثالثًا: طرق التعامل مع السلوك السَّيِّئ

توفر الإرشادات المناسبة لسلوك الأطفال أمرًا حيويًّا. فنظرة الأطفال إلى أنفسهم تتأثر إلى حد كبير بكيفية معاملة الكبار لهم، كما أن لطرق الإرشاد تأثيرًا مباشرًا على كيف يعمل الفصل، بهدوء أو بكثير من الفوضى. وهناك بعض الأساليب المعينة التي تساعد على المحافظة على السلوك الحسن والقضاء على السلوك غير المناسب، مثل: التعزيز، التجاهل، العزل، العزل الخياري، الوقاية، تغيير التوجه، المناقشة، الوقت الخاص، لوحة النجم .

أولاً: التعزيز: إن أول وأهم تقنية تستعمل للتعامل مع الأطفال هي التعزيز الإيجابي، يجب استعمال هذه التقنية كثيرًا، ولكن في ظروف مناسبة، إضافة إلى ذلك فإنه يجب قرنها دائمًا مع الطرق الأخرى المستعملة لتغيير السلوك الخطأ، ويبقى السلوك المناسب عندما يشعر الأطفال بأن هذا الذي يعملونه هو المتوقع منهم.

وبالتالي يمكن إظهار القبول بطرق عدة، وغير ملحوظة، فالابتسامة والتربيت والاتصال بالنظر والضم لها نفس قوة التأكيد اللفظي في إشعار الأطفال بأن البالغين يستحسنون سلوكهم، وفي الواقع فإنه في بعض الأوقات عندما لا تريد المعلمة مقاطعة نشاط الأطفال، ولكنها مع ذلك تريد إظهار الاستحسان فإن التعزيز غير اللفظي هو الطريقة المناسبة.

من المهم على وجه الخصوص تعزيز سلوك الطفل عند محاولة تغيير سلوك خطأ، فعلى المعلمات أن ينتبهن إلى أنه بإنقاص السلوك غير المناسب فإن شيئًا ما يؤخذ من الطفل هو بالتحديد الاهتمام الذي كان الطفل يحصل عليه بسبب ذلك السلوك من قبل، ولهذا فإنه من المهم عند تغيير السلوك الخطأ جعل الطفل يعرف ما هو مقبول من خلال عملية التعزيز وألا يكتفى بالاقتصار على إشعاره بما هو غير مقبول، فكل

سلوك غير مقبول له مضاد مقبول يجب تشجيعه ورعايته من خلال عملية التعزيز الإيجابي. فإن كان الطفل عدوانيًّا فإنه يجب تعزيز الطفل بسخاء عند تفاعله مع أترابه بطريقة مقبولة، وإذا كان الطفل يئن فإنه يجب إطراؤه عندما يتكلم بطريقة مناسبة، وإن كان الطفل يميل إلى تعطيل نشاطات الفصل فإنه يلزم إشعار الطفل عن كمية مشاركته الجيدة عندما يفعل ذلك.

فالتعزيز المستمر هو مساعدة طفل على تعلّم سلوك مناسب بسرعة، وفي واحدة من الأمثلة على هذا الاستعمال للتعزيز: تمَّ تغيير معدل العدوان على الأطفال الآخرين عند طفل عمره سنوات من (٤٠) مرة في الساعة إلى مرة واحدة في المتوسط، وبما أن هذا الطفل لم يستجب لأي من الطرق التي استعملت فقد تمَّ تطبيق برنامج للإطراء كل نصف دقيقة، وفي خلال يومين نقص معدل العدوان بشكل سريع، وعبر الأسابيع التالية أدى التعزيز المستمر على الرغم من إطراد تناقصه إلى توقف تام للعدوان في النهاية، وقد أخذ تنفيذ هذا البرنامج في التعزيز المستمر الكثير من وقت المعلمة، ولكنه كان على المدى الطويل موفرًا للوقت، فقد تبع ذلك توفير كبير في الوقت المبذول لمواساة الأطفال الذين مسّهم الأذى وللتعامل مع هذا الطفل.

ثانيًا: التجاهل: إن التجاهل خطة فاعلة جدًّا، ولكنها صعبة الاستعمال، فعندما يقوم طفل بتكرار عمل شيء مضايق للمعلمة أو مثير للفوضى في الفصل فإن استعمال التجاهل هو الأسلوب الجيد. ولكن يجب عدم استعمال التجاهل عندما يكون الأطفال مصدر أذى حقيقي أو محتمل لهم أو لغيرهم، والتجاهل فاعل على وجه الخصوص إذا كان الطفل يطلب اهتمام الكبار بسلوكه السيء، فالطفل الذي يجيل النظر ليرى مَنْ يشاهده قبل أن يعمد إلى أداء السلوك السيء هو بوضوح يريد الاهتمام.

والتجاهل التّام من قبل جميع البالغين كل مرة يحدث فيها السلوك السيء صعب التحقيق، ولكنه ضروري لتحقيق الفاعلية لهذه الخطة، فرفع حاجبي العينين والتنهد والعلامات غير اللفظية الأخرى ستفسر بكل سهولة على أن السلوك السيء يؤثر بالفعل في المعلمات مما يجعل الخطة عديمة الفاعلية، وفي حين أن التجاهل طريقة مهمة وقوية للمساعدة في إزالة السلوك المضايق والمثير للفوضى فإنه من المهم أن نتذكر أن إزالة الاهتمام يتطلب استبداله بتعزيز السلوك الحسن.

ثالثًا: العزل: العزل طريقة يلزم استعمالها باقتصاد وبعناية، ويجب استعمالها أساسًا عندما يسبب الأطفال أذى حقيقيًّا أو محتملاً للآخرين أو لأنفسهم. فهناك حاجة إلى إيقاف السلوك العدواني في أسرع وقت ممكن، والعزل هو في كثير من الأحيان، ولكن ليس دائمًا أفضل طريقة لتحقيق ذلك، ويجب استخدام العزل فقط عندما يكون الطفل قد كرر السلوك العدواني أكثر من مرتين وكانت المعلمة قد شرحت للطفل أن سلوكًا مثل هذا غير مقبول.

وقبل اتخاذ القرار بشأن استعمال العزل فإنه يلزم أن تتفق المعلمات على استعمال هذه الطريقة بانتظام وبنفس الطريقة، فمن المهم أن يناقش هذا من قبل كل المعلمات المعنيات سلفًا للاتفاق على تعريف السلوك الذي من أجله يستعمل العزل والمكان الذي سينفذ فيه العزل والعملية الفعلية للعزل.

خطوات طريقة العزل:

١. تأكدي بسرعة أن الطفل الذي استهدف بالعدوان لم يتضرر جسميًّا، ويستحسن إن أمكن أن تقوم معلمة أخرى بالاهتمام بالضحية.

٢. بهدوء خذي بيد الطفل المعتدي إلى مكان العزل، قولي له بحزم، ولكن بصوت منخفض (لن أسمح لك بإيذاء الأطفال الآخرين وعليك الجلوس هنا إلى أن أخبرك متى تنهض).

٣. لاحظي الوقت وابتعدي عن الطفل، لا تتكلمي مع الطفل أو تنظري إليه خلال مدة العزل.

٤. لو اقتربت طفلة أخرى من مكان العزل فأبعديها عنه من دون صخب، وقولي لها: " إنه يحتاج إلى أن يكون وحده بعض الوقت، تستطيعين الحديث إليه عندما يرجع إلى الفصل مرة أخرى".

٥. في نهاية الوقت اذهبي حالاً إلى الطفل، وقولي: "بإمكانك أن تنهض الآن"، ولا تشرعي في تأنيبه، فالطفل يعرف السبب وراء العزل، لتوجيه الطفل نحو سلوك بناء قد تقترحين انخراطه في نشاط جار، عززي الطفل حالما يقوم بنشاط مناسب.

رابعًا: العزل الخياري: أحد الأشكال المختلفة للعزل التي استعملت بنجاح مع بعض الأطفال هو العزل الخياري. فقد يجد بعض الأطفال أحيانًا أنفسهم وقد غمرتهم الضوضاء ومستوى النشاط والتأثير العام للفصل، ويحتاجون إلى فرصة للابتعاد، وهذا يتطلب تخصيص مكان هادئ قليل الإثارة، وقد يكون هذا المكان داخل أو خارج الفصل، فإذا كان داخل الغرفة فهذا يتطلب أن يكون منعزلاً بما فيه الكفاية لإعطاء الطفل الإحساس بالبُعد عن النشاط القائم والضوضاء في الفصل.

مثال: ولد عمره سنتين ونصف كان كثير العدوانية والفوضى في الفصل وتأتيه نوبات الغضب (٤) أو (٥) مرات كل صباح، ولم يستجب على الإطلاق للمحاولات العادية لتغيير أو تعديل سلوكه، وقد لاحظت إحدى المعلمات أنه يبدو وكأنه مشحون قبيل حدوث السلوك السلبي، فبدأت المعلمات في مناقشة احتمال أن يكون الطفل ببساطة غير قادر على التفاعل مع مستوى الإثارة في الفصل أحيانًا، واستحدثن طريقة جديدة، ففي اليوم التالي قامت إحدى المعلمات بالحديث معه فأخبرته أنها تستطيع أن تلاحظ متى يبدأ الشعور بالاضطراب عنده وسألته إن كان يعرف عندما يبدأ في

الإحساس بالغضب، فأخبرها بأنه يعرف ذلك، عندئذ أخبرته المعلمة بأنه حينما يبدأ بالشعور بالاضطراب فإن باستطاعته مغادرة الغرفة والذهاب إلى مكان مخصص وهو مكتب إحدى العاملات، وقد أثثت هذا الغرفة بطاولة صغيرة وكرسي وقليل من اللعب التركيبية، ولكن طلب منه أن يشعر المعلمة في الفصل متى ما غادر. وكان التغيير في الطفل أخاذًا، فمنذ ذلك اليوم نفسه انخفض سلوكه غير المقبول بسرعة وإن لم يختف تمامًا، وكان يغادر الغرفة بانتظام للذهاب إلى المكان المخصص خارج الفصل، ولم يسئ أبدًا استعمال الفرصة لمغادرة الغرفة، فلم يذهب إلى مكان آخر إلا لهذه الغرفة ويرجع خلال (٥)أو (١٠) دقائق. وكان يغادر الفصل عدة مرات في اليوم، واستمر على هذا المنوال لمدة سنتين، وفي السنة الثالثة قلل الطفل عدد مرات الابتعاد عن الفصل، ولكنه حافظ على خيار المغادرة، وفي هذه المرحلة كان قادرًا على التعبير عن شعوره بالتحسن لاستطاعته مغادرة الفصل عندما يشعر بالارتباك.

عندما يبدو أن طرق التعامل مع السلوك السيء قد فشلت، فقد تودين أن تأخذي في الاعتبار هذا الخيار، إلا أنه يجب عدم استعمال العزل الخياري من دون تمييز، ولكن يجب تخصيصه للأطفال الذين يجدون صعوبة في التعامل لوقت طويل مع الإثارة المصاحبة لبيئة الفصل في مرحلة ما قبل المدرسة، وحيث إن سبب السلوك السيء في هذه الحالة خارجي، فإن هذه الطريقة تعطي الفرصة للطفل لكي يسيطر على بيئته.

خامسًا: الوقاية: إن أفضل طريقة تتبع هي إيقاف السلوك السيء قبل أن يقع، ولكن استعمال الوقاية يعني أن الكبار قد راقبوا الطفل عن كثب فتكون لديهم فكرة جيدة عمّا يسبب السلوك السيء، فلو مثلاً لاحظت المعلمات أن الطفل يصاب بالإحباط بسهولة عندما لا ينجح في أداء نشاط معين، ومن ثم يعمد إلى مهاجمة من حوله من أصدقائه، فإن عليهن أن ينتبهن إلى أي مناسبة يكون فيها لدى الطفل مشكلات في أداء

نشاط معين، ولا يعني هذا أنهن يحلن كل مشكلات الطفل، بل يعني أنهن يساعدن الطفل على اكتساب المهارات وطرق حلّ المشكلات.

والوقاية فاعلة على وجه الخصوص مع الأطفال الأصغر سنًّا في مرحلة ما قبل المدرسة الذين لم تتطور لديهم بعد السيطرة على الذات أو القدرة على التعبير عن أنفسهم، كما هو الحال لدى الأطفال الأكبر سنًّا.

سادسًا: تغيير التوجه: وهناك طريقة للاستعمال مع أطفال مرحلة ما قبل المدرسة الأصغر سنًّا، وعلى وجه الخصوص من عمرهم سنتين وهي تغيير التوجه، بموجب هذه الطريقة توجه المعلمة انتباه الطفل نحو نشاط آخر أو تقدم له لعبة مماثلة أو بديلة، فأطفال السنة الثانية من العمر لازالوا يفتقرون إلى المهارات الاجتماعية للتعامل مع متطلبات المدرسة والمشاطرة، لذا تحتاج المعلمات إلى مساعدتهم على اكتساب هذه المهارات تدريجيًا، ويجب عدم استخدام تغيير التوجه بشكل اعتيادي مع الأطفال الأكبر سنًّا في هذه المرحلة، لأنهم يحتاجون إلى الإرشاد إلى طريقة فاعلة لحل المشكلات الاجتماعية.

سابعًا: المناقشة: إحدى الطرق التي تستخدم مع كثير من الأطفال الأكبر سنًّا في مرحلة ما قبل المدرسة هي المناقشة، ففي كثير من الأحيان يكون الطفل ذو الأربع أو خمس سنين من العمر راغبًا فعلاً في محاولة حل المشكلات السلوكية مع المعلمة، لأن الطفلة ذات السلوك السيء لا تشعر بالغبطة نحو نفسها، ولو كانت الطفلة راغبة حقيقة في تغيير السلوك فإنك تستطيعين مناقشة هذا معها، وبهذا تصبحين بالفعل شريكتها، ولمناقشة هذا الاقتراح مع الطفلة يستحسن أن تجدي مكانًا هادئاً منعزلاً، فإن هي بذلت الجهد للتغيير فأنت تحتاجين إلى أن تكوني جاهزة لمساعدتها حتى تجيد المسلك الحسن.

ثامنًا: الوقت الخاص: وهناك طريقة فاعلة تستخدم مع الطفل الذي يفرط في السلوك المثير للاهتمام، وهي تخصيص وقت خاص، وحيث إن الكثير من العائلات اليوم سواء بأب واحد أو بأبوين عاملين مجهدة ومشغولة كثيرًا، فإن الأطفال لا يحصلون على ما يحتاجونه من الاهتمام، وقد تكون النتيجة هي إساءة السلوك أو التصرف بطريقة شاذة، فإن شعرتي في أن السلوك السيء عند طفل ما هو إلا صرخة من أجل الاهتمام، فقد ترين استخدام طريقة الوقت الخاص، وهذا يعني أن تخصص المعلمة دقائق معدودة كل يوم أو يوم بعد يوم أو حتى مرتين في الأسبوع، حيث تمضي بعض الوقت مع هذا الطفل فقط، وهذا لا يكون عادة سهلاً مع فصل ملئ بالأطفال، ولكن الجدولة الماهرة قد تساعد، فقد تتوافر الفرصة في الصباح الباكر أو في آخر النهار قبل وقت الإقفال، وقد يتيسر الوقت في وقت الراحة أو بعدها، كذلك فإن الطلب إلى المشرفة المشاركة أو فحص جدول المعلمات يمكن أن تساعد على إيجاد بعض الوقت هنا وهناك للوقت الخاص لطفل أو أكثر.

يجب أن يكون الوقت الخاص للطفل فقط منفردًا مع المعلمة، وتستطيع المعلمة أن تسأل الطفل عمّا يريد عمله في الوقت الخاص، ثم تطبق الاقتراح، وكم هو مدهش كيف يمكن للاستثمار في وقت ضئيل أن يحقق تخفيضًا كبيرًا في السلوك الشاذ، وبهذا فإن المعلمة على المدى الطويل ستمضي وقتًا أقل للتعامل مع السلوك السيء وستوجد جوًا أكثر إيجابية في الفصل.

تاسعًا: لوحة النجم: تؤدي لوحة النجم دورها بفاعلية إن هي ساعدت الطفل على حيازة سجل مرئي وملموس يظهر تقدمه نحو السلوك المرغوب. ولذلك فهي معزز مرئي له فعالية أكثر بالنسبة لبعض الأطفال وفي بعض الظروف، وليس القصد أن يكون للوحة النجم وظيفة عقابية، ولهذا فإنه يجب ألا تستعمل لإظهار تخلف الطفل عن القيام بالسلوك المناسب، بل يجب أن تكون سجلاً للنجاح لا للإخفاق.

وهذه اللوحة سهلة الإعداد، تسجل الأيام على طول جانب اللوحة وفراغات للصق النجم أو أي ملصق آخر عندما يؤدي الطفل السلوك المناسب، ويمكن ببساطة إضافة نجم كل مرة يقوم فيها الطفل بأداء سلوك معين، أو يمكن وضعها على اللوحة في حيزات مرتبطة بالوقت، ويعتمد طول الوقت على السلوك محل الاهتمام.

إن هذه الطرق الإرشادية التي تستخدمها المعلمة هي أساسية في تشكيل سلوك الأطفال، ويعتمد استعمال هذه الطرق على الطفل وعلى السلوك السيء أيضًا، ويمكن استخدام أساليب محددة أو مجموعة مركبة من الطرق للأنواع المختلفة من السلوك.

وعلى المعلمة الاعتماد على حكمتها في تقرير إن كانت الطريقة المقترحة تناسب الطفل والحالة التي تبحث لها عن حلّ، وعلى الرغم من أننا نستطيع تطبيق بعض المبادئ العامة إلا أن لكل طفل ولكل معلمة ولكل حالة متطلبات مختلفة.

أسئلة التقويم الذاتي

١. عدد مراحل النمو الاجتماعي وفق نظرية إريكسون؟
٢. عرف النمو العقلي كما وضحة بياجيه؟
٣. ما المقصود بكل من المواءمة والاستيعاب؟
٤. حدد مراحل النمو العقلي عند بياجيه؟
٥. ما آراء كل من واطسون وديوي حول مراحل اكتساب اللغة؟
٦. عدد مراحل النمو الخلقي عند كولبرج؟
٧. ما مراحل تكوين الطاقة النفسية اللبيدية عند فرويد؟
٨. كيف يكتسب الطفل السلوك السَّيِّئ ؟
٩. عدد فنيات التعامل مع السلوك السَّيِّئ ؟
١٠. متي يكون التجاهل فاعلاً؟
١١. ما خطوات طريقة العزل؟
١٢. ما الفرق بين العزل والعزل الاختياري؟
١٣. ما المقصود بتغيير التوجه؟
١٤. ما استخدامات لوحة النجم؟

الوحدة الرابعة

طرق تشخيص السلوك المشكل عند الطفل

الوحدة الرابعة

طرق تشخيص السلوك المشكل عنـد الطفـل

أهداف الوحدة

عزيزي الدراس عندما تنتهي من دراسة هذه الوحدة، نتوقع منك أن تكون قادرًا على:

١. تعرف أسباب مشكلات الأطفال السلوكية.
٢. تحديد الطرق المتبعة في بحث مشكلات الأطفال السلوكية.
٣. تحديد الفرق بين الطريقة الطولية والطريقة المستعرضة.
٤. تحديد أنواع الملاحظة.
٥. تحديد خطوات التقييم النفسي للطفل.
٦. تحديد طرق قياس الشخصية.
٧. تعداد أنواع المقابلة.
٨. تعرف أنواع دراسة الحالة، وطرق دراستها.
٩. تحديد مزايا وعيوب دراسة الحالة.
١٠. تعرف شروط عملية جمع المعلومات.

طرق تشخيص السلوك المشكل عند الطفل

Diagnosis Problemtic Behavior in Child

مقدمة:

يمكن التعرف المبدئي المبكر على الاطفال المضطربين سلوكيًّا من قبل الآباء والمعلمين مثل حالات العدوان والسلوك الاندفاعي كالإزعاج والفوضى والحركة الزائدة، وكذلك السلوك الانسحابي واضطرابات المزاج وسوء التوافق.

ولكن تقديرات المعلمين والآباء قد يكون فيها شيء من التحفظ او المبالغة، وهذا يتطلب تقديم قوائم مراجعة واستبانات من أجل تحديد المشكلات التي يمكن ملاحظتها من قبل الآباء والمعلمين، ومن المؤكد أن تقديرات الآباء والمعلمين للأفراد المضطربين سلوكيًّا تكون ذات جدوى، عندما يكون السلوك المضطرب موجها نحو الخارج – كالعدوان والتخريب والحركة الزائدة – أما في حالة اضطرابات السلوك الموجهة نحو الداخل والتي يتطلب من الشخص وصفًا للذات من خلال ما يحسُّ به ويشعر فإن التقدير الذاتي يكون أفضل.

ولكن التشخيص الدقيق للأشخاص ذوي الاضطرابات السلوكية يتم من قبل المختصين في التربية الخاصة أو المختصين في التربية وعلم النفس، وذلك من أجل وضع خطة علاجية وتربوية لمساعدتهم، ومن أجل الحكم على الأفراد بأنهم يعانون من اضطرابات في السلوك لابد من أن يتكرر السلوك المضطرب مرارًا وفي أوقات مختلفة، وأن يستمر لفترة طويلة نسبيًّا، ويعوقه عن التوافق الشخصي والاجتماعي والعمل المثمر .

فالطفل حين يتصف بدرجة معقولة من الانطوائية فإن ذلك يعدُّ أمرًا عاديًّا، أما إذا تكرر عنده السلوك الانطوائي واستمر لفترة طويلة بحيث يؤثر في علاقته بمَنْ

حوله ويسيء الى علاقته بالآخرين فإن ذلك يصبح عرضًا لاضطراب سلوكي واجتماعي.

مشكلات السلوك لدى الأطفال:

الطفل كائن لديه العديد من السلوكات النافعة والضارة، ذكي وحساس يستخدم أحاسيسه للتعامل مع الآخرين من حوله، ولكل مرحلة عمرية سلوكاتها الخاصة، ومن خلالها تبرز شخصيته، وكلمة التربية هي نتاج ما تعلّمه الطفل من مجتمعه المحيط به، تعلم كيف يتعامل مع الحياة الجديدة، والتربية ليست دروس مقننة ونقاط محددة، ولكن تجارب يومية متتابعة وأسلوب تعامل والديه وعائلته ومجتمعه معه، ومن خلال هذه التجارب يستطيع الطفل أن يعبر عن نفسه، التعبير عمّا يحسّه من ضيق أو الإحساس بعدم الأمان، ومن هنا تبرز سلوكات اليومية سواء الحسن منها أو السيء، سلوكات العناد والانطواء، سلوكات فرض الذات على الآخرين، سلوكات القهر والكبت، وقد يعتقد الوالدين أنها حالة مرضية أو نقص في القدرات الفكرية، وتلك السلوكات لا تظهر فجأة بل سلسلة مترابطة، كما أنها لا تختفي وتتلاشى في ومضة عين، بل تحتاج إلى متابعة الوالدين، والوقت الكافي لزوالها.

ونجد الوالدين منزعجين من طفلهم وتصرفاته، ويسبب لهم الضيق والانفعال لما يقوم به من أعمال وتصرفات، فهو عنيد لا يلبي ما يطلب منه، ويعمد إلى عصيان الأوامر والطلبات، يسبب إحراجًا لوالديه بتصرفاته خصوصًا في الأماكن العامة، فقد يرمي بنفسه على الأرض، أو يقوم بالصراخ والعويل، أو يقوم بتكسير الأشياء التي أمامه، قد يقوم بتلك الأعمال من دون سبب ظاهر سوى جلب الانتباه، وقد تكون وسيلة للضغط على الوالدين لتنفيذ طلباته ورغباته في اللعب أو شراء لعب أو حلوى، وقد يرضخ الوالدين رغبة في إنهاء الموقف والسلامة، وهنا تكمن الخطورة، فقد يتطور الأمر، وتزداد الطلبات وما يصاحبها من أعمال غير مرغوبة كوسيلة ضغط.

أولاً: أسباب مشكلات السلوك لدى الأطفال

مشكلات السلوك تتواجد في كل الأطفال بدرجات متفاوتة، وغالبًا ما تنتهي قبل سنِّ الثالثة أو بعدها بقليل، ويكون تعامل الوالدين والمجتمع من حوله سبب في زيادتها، ومن بين أهم الأسباب:

- إتباع نظام صارم وشديد في المعاملة مع الطفل.
- عدم إعطاء الطفل قدرًا كافيًا من حرية الحركة واللعب والتعبير.
- عدم إعطاء الطفل القدر الكافي من الحنان لانشغال الوالدين بالحياة اليومية والعمل.
- تقليد الآخرين وخصوصًا الأطفال في عمره.
- التدليل الزائد عن الحدِّ.
- الحماية الزائدة من طرف الوالدين أو أحدهما.
- عدم شعور الطفل بالأمان، وخصوصًا في الأسر كثيرة العدد، أو حصول المشكلات الأسرية.
- ولادة طفل جديد في العائلة، مما يعطيه الإحساس بعدم أهميته، من خلال التركيز على المولود الجديد بالرعاية.

ثانياً: طرق البحث في مشكلات الطفولة

لكي يتم تشخيص المشكلات النفسية والسلوكية للأطفال، هناك العديد من الطرق، منها: الطريقة المستعرضة، والطريقة الطولية، وأسلوب الملاحظة، والتقييم النفسي، وقياس الشخصية ودراسة الحالة، وفيما يلي شرح لتلك الطرق:

١- الطريقة المستعرضة:

تعتمد في جوهرها على انتقاء عينات مختلفة من الأفراد من مختلف الأعمار، ثم نلاحظ فيهم بعض جوانب السلوك موضع الاهتمام أو تطبيق عليهم مقاييس لهذه الجوانب من السلوك على أن تتم الملاحظة أو القياس في نفس الوقت تقريباً ويقارن أداء العينات المختلفة في كل مقياس على حدة، وتتم هذه المقارنات في ضوء متوسطات العينات أي إن المقارنة بين مختلف الأعمار تتمُّ في ضوء الفروق بين المجموعات ونفترض هذه الطريقة أن هذه المتوسطات توضح مسار النمو العادي وتقترب بنا إلى حدٍّ كبير من الدرجات التي نحصل عليها لو أجرينا البحث على أفراد من عمر معين ثم أُعيد اختبارهم تتبعيًّا عدة مرات حتى يصلوا إلى الحد الأقصى من العمر موضع البحث.

ومن أمثلة ذلك إذا أراد الباحث دراسة النمو العقلي باستخدام هذه الطريقة فإنه يختار عينات من الأطفال والمراهقين والشباب والكهول والمسنين يطبق عليهم خلال فترة زمنية معينة قد لا تتجاوز الأسبوع الواحد اختبارات تقيس الذكاء يفترض فيها أنها تقيس نفس الخاصية السلوكية ثم يقارن بين متوسطات أدائهم في هذه الاختبارات.

وعلى الرغم من أن هذه الطريقة تتميز باختصار الوقت وتوفير الجهد والمال وتعطي نتائج سريعة وهي كثيرة الشيوع، الا ان لهذه الطريقة مشكلاتها المنهجية التي تتلخص فيما يلي:

أ) العوامل الانتقائية في العينات المختلفة: فجماعات العمر المختلفة قد لا يكون بينها وجه للمقارنة نظراً لآثار العوامل الانتقائية المتتابعة. ويظهر أثر هذه العوامل بخاصة حين تجرى البحوث على التلاميذ والطلاب، فطلبة الجامعات الذين نختارهم لفئة الشباب أكثر انتقائية من طلبة المدارس الثانوية الذين نختارهم لفئة المراهقين، وأولئك أكثر انتقائية من تلاميذ المدارس الابتدائية الذين نختارهم لفئة الأطفال؛ وذلك لأن الطلاب الأقل قدرة يتم استبعادهم خلال مسار العمل التعليمي، وهكذا فإن المتوسط المرتفع لطلاب الجامعات قد ينتج عن عمليات التصفية هذه. ولذلك لكي تستخدم هذه الطريقة بفاعلية أكثر في بحوث النمو لا بد من ان تكون ممثله للأصول الإحصائية العامة للسكان من مختلف الأعمار وأن تشتق منها. لا أن يتمَّ اختيار مجموعة الأفراد من مؤسسات تعليمية أو مهنية.

ب) اللا تاريخية: تفتقد هذه الطريقة المعنى التاريخي الذي هو جوهر البحث في النمو، فالطريقة كما هو ملاحظ تقتصر على دراسة الفرد الواحد في لحظة زمنية معينة، وبالتالي لا توفر لنا معلومات عن السوابق التاريخية للسلوك، أي ما الخبرات المبكرة التي تؤثر في السلوك موضع البحث، كما لا تقدم لنا شيئاً من المعرفة عن مدى استقرار السلوك أو عدم استقراره في الفرد الواحد. فإلى أي حدّ يظل السلوك الملاحظ في وقت معين هو نفسة حين يلاحظ في وقت آخر. ويرجع ذلك في جوهرة إلى أن التصميم المستعرض يوفر لنا معلومات عن الفروق الجماعية أكثر مما يقدم أية معلومات عن النمو داخل الفرد.

جـ) اختلاف رصيد الخبرة: قد لا يكون هناك درجة للمقارنة بين أرصدة الخبرة المختلفة عند جماعات الأعمار المختلفة التي تدرس في لحظة زمنية معينة. فمن المستحيل الحصول على عينات مختلفة الأعمار في وقت معين ونفترض

أنها عاشت في ظروف ثقافية موحدة عندما كانت متساوية في العمر، وواقع الأمر أن المقارنة في هذا النوع من البحوث تكون بين جماعات عمرية تفصل بينها فوارق زمنية مختلفة قد تصل إلى حدِّ الفروق بين الأجيال، كما هو الحال عند المقارنة في لحظة معينة بين سلوك عينات من الأطفال والمراهقين والراشدين.

فمثلاً لا يستطيع أحد أن يعزى الفروق بين من هم اليوم في سنِّ الأربعين ومن هم الآن في سن (١٥) سنة إلى عوامل تتعلق بالعمر وحده. فعندما كان الأفراد الذين هم الآن في سنِّ الأربعين في سنِّ الخامسة عشرة كان التعليم أكثر تواضعًا والفرص المتاحة للأطفال والشباب أقل تنوعًا، والاتجاهات الاجتماعية أكثر اختلافًا، ومعنى هذا أن الاختلافات بين مجموعات العمر قد ترجع في جوهرها إلى ظروف متباينة نتيجة للتغيرات الثقافية والحضارية، وبالتالي لا يمكن الجزم بأن التغير المشاهد يرجع إلى العمر وحده. ولعل هذا يدفعنا إلى أن ننبه دائمًا إلى ضرورة حساسية الباحث لعينة المفحوصين في هذا النوع من البحوث والتي تختلف في جوهرها من عمر لآخر. ومن جيل لآخر، فالمفحوصين في الدراسات المستعرضة لا ترجع الفروق بينهم إلى العمر الزمنى وحده، ولكن أيضًا إلى الفترة الزمنية التي ولدوا ونشأوا فيها.

ومعنى ذلك أن الجماعات العمرية في هذه البحوث تؤلف أجيالاً مختلفة. ومفهوم الجيل يعنى مجموعة الأفراد الذين ولدوا وعاشوا خلال نفس الفترة الزمنية، ولهذا يفترض منهم أن يشتركوا في كثير من الخبرات الثقافية والاجتماعية التي قد تؤثر في جوانب نموهم. تأمل مثلاً أثر التنشئة في عصر الكمبيوتر والفيديو ومن قبلهما التليفزيون، فالإنسان المعاصر يجنى ثمار هذا الانفجار الاتصالي بتعرضه لمدى أكثر اتساعًا من المعلومات لم يسبق في

الماضي، فاذا قورن أطفال اليوم بالأشخاص الذين يبلغون الآن من العمر (٥٠) أو (٦٠) عامًا حين كانوا في طفولتهم فإننا نتوقع أن نجد لدى شباب اليوم اتجاهًا مختلفًا نحو التكنولوجيا. ومن الصعب حينئذ أن نحدد بحسم ما اذا كان هذا الاختلاف هو نتاج التغيرات التث ترجع إلى النمو أم أنها ببساطة ترجع إلى اختلاف فرص التعرض للتكنولوجيا الحديثة.

د) **المقارنة الجماعية:** لا تسمح الطريقة المستعرضة الا برسم منحنيات المتوسطات موضوع البحث، والسبب في هذا أن الأشخاص مختلفون في كل مستوى عمرى من مستويات البحث، ويستحيل في هذه الحالة رسم المنحنيات الفردية، إلا أن مثل هذا الإجراء قد يخفى اختلافات مهمة بين الأفراد من ناحية وداخل الأفراد من ناحية أخرى، وقد ينشأ عن رسم المنحنيات الجماعية أن تتلاشى هذه الاختلافات أو تزول، ولهذا قد يكون منحنى المتوسطات الناجم مختلفًا اختلافًا بينًا عن منحنى النمو لكل فرد على حده. ومن أشهر النتائج التي توضح لنا خطورة هذه المسألة في حالة التقدم الفجائي في النمو الذى يسبق المراهقة. فمنحنيات النمو الفردية بالنسبة لكثير من السمات الجسمية تكشف عن زيادة فجائية تطرأ على معدل النمو الجسمي قبيل البلوغ. ولما كان الأفراد يختلفون في سنِّ البلوغ فإن هذه الوثبة تحدث في فترات مختلفة لكل فرد على حده، وبالتالي يمكن أن تظهر في المنحنيات الفردية للأفراد المختلفين، فاذا رسمت المنحنيات الجماعية نجد أن هذه الاختلافات الفردية يلغى بعضها بعضا.

وبالرغم من مشكلات الطريقة المستعرضة إلا أنها اكثر شيوعًا في بحوث المقارنات بين الأعمار ربما لسهولتها النسبية وسرعتها الظاهرة، واقتصادها الواضح في

الوقت والجهد. إلى جانب إنها تهيء للباحث في مجال النمو الإنساني نظرة مجملة للظاهرة النمائية موضع البحث .

٢. الطريقة الطولية:

وفيها تتم ملاحظة نفس العينة من الأفراد التي تكون من نفس العمر لحظة البدء في البحث وإعادة ملاحظتهم أو اختبارهم عدة مرات على فترات زمنية مختلفة، وهذه الفترات تختلف حسب طبيعة البحث أي أن هذه الطريقة تتطلب تكرار الملاحظة والقياس لنفس المجموعة من الأفراد لفترة زمنية معينة. وبالطبع فإن مدى الزمن المستغرق والفواصل الزمنية بين الملاحظات والاختبارات تختلف من بحث لآخر، وذلك حسب طبيعة موضوعه ففي بحث حول نمو تفضيل إحدى اليدين في العمل اليدوي يختبر الاطفال ابتداءً من سن (١٠) شهور مرة كل شهر حتى يصلوا إلى العمر الذى يظهر فيه تفضيل لإحدى اليدين على الأخرى، وهو عادة ما يكون سنّ (١٨) شهرًا.

وفي بحث النمو العقلي قد نحتاج لفترات زمنية أطول. فالأطفال يختبرون كل شهر عندما يكون عمرهم بين شهر واحد و(١٥) شهرًا، ثم كل (٣) شهور بعد ذلك حتى يصلوا إلى سنِّ (٢,٥) سنة، ثم كل (٦) شهور حتى يصلوا إلى سنِّ الخامسة، ثم كل سنة حتى سنّ المراهقة، وبعض البحوث تتضمن نظامًا مختلفًا وفترات زمنية أطول وبخاصة حين يكون اهتمامها بالنمو عبر مدى الحياة.

والطريقة الطولية بهذا تتغلب على بعض مشكلات الطريقة المستعرضة، وتوفر للباحثين إمكانات بحث أفضل. إنها تقدم صورة جيدة عن النمو داخل الأفراد وليس صورة مجملة عن الفروق بين الجماعات العمرية. ثم أنها تحدد لنا أي الظروف السابقة أو الخبرات السابقة يؤثر في النمو السلوكي موضع البحث ففيها لا تتداخل الفروق بين الأجيال والفروق داخل الجماعات من فروق العمر، كما هو الحال في الدراسات المستعرضة، ولعل من أهم مميزات التحكم في أثر اختلاف الأجيال أن الآثار فيها ترجع

إلى زمن ولادة المفحوص أو الجيل الذي ينتسب اليه ولا ترجع فه الواقع إلى محض عمره، فالأجيال كما بينا قد تختلف في سنوات التعلّم وممارسات تنشئة الأطفال والصحة والاتجاهات نحو الموضوعات الحساسة كالجنس أو الدين، وهذه الآثار التي ترجع إلى الأجيال لها أهميتها لأنها تؤثر بقوة في المتغيرات التابعة في الدراسات التي تبدو ظاهريًا مهتمة بالعمر، وآثار اختلاف الأجيال قد تبدو كما لو كانت آثار أعمار مع أنها ليست كذلك بالفعل، ومن ناحية أخرى فإن هذه الطريقة تسمح للباحثين بتحليل الاستقرار أو الاختلاف الذى يحدث داخل الفرد بمرور الزمن.

إلى جانب أن هذه الطريقة تستغرق وقتًا طويلاً في دراسة كل الفروق بين أفراد العينة حتى يكتما البحث، ومعنى ذلك انها أقل جاذبية من الطريقة المستعرضة في ضوء معيار الزمن، ومع ذلك فإننا بها وحدها نستطيع أن نحدد أي الشروط أو الخبرات السابقة تؤثر في نمو السلوك موضع البحث.

ومع هذه المزايا الظاهرة للطريقة الطولية إلا أن لها مشكلاتها أيضًا نلخصها فيما يلي:

أ) العوامل الانتقائية في العينة الأصلية: فالأفراد الذين يشاركون في بحث من طبيعته أن يستمر لعدة سنوات يتمّ انتقائهم في الأغلب تبعًا لعوامل تحكمية وليست عشوائية. ومن هذه العوامل استقرار محل الإقامة، والتعاون المستمر مع الباحث، وبالطبع فإن المفحوصين الذين يتم انتقاؤهم بهذه الطريقة قد تتوافر فيهم خصائص أخرى بالمستوى الثقافي والميول والاتجاهات بل والظروف الطبيعية والصحية تختلف عن الأصل السكاني العام على نحو يجعلها منذ البداية عينة متحيزة وليست عشوائية، فقد تكون العينة أعلى نسبيًّا من المستوى العام للأصل الإحصائي السكاني.

ب) النقصان التتابعي للعينة: لا شك في أن البحث الطولي يستغرق فترة طويلة نسبيًا من الزمن، ولهذا نتوقع أن يتناقص عدد المفحوصين تدريجيًا، ولذلك

فإن المتابعات المتأخرة لنفس العينة نجدها تتم على أعداد قليلة إلى حد كبير لو قورنت بالحجم الأصلي لهذه العينة عند بدء البحث منذ سنوات بعيدة، وهذا التسرب في العينة لا يتم بطريقة عشوائية، فالمفحوصون الذين يستمرون في المشروع التتبعي حتى نهايته هم في العادة من الذين يتسمون بأنهم أكثر تعاوناً وأكثر دافعية وأكثر مثابرة وأكثر كفاءة من أولئك الذين يتسربون طوال الطريق. وعلى هذا فإنه عند نهاية أي دراسة طولية نجد أن المتبقي من عينة المفحوصين قد يكون متحيزًا على نحو يجعل من الصعب مرة أخرى الوصول إلى استنتاجات وتعميمات إلى الأصل الإحصائي العام.

جـ) أثر إعادة الملاحظات: توجد مشكلة منهجية ثالثة في البحوث الطولية تتمثل في الأثر المحتمل الذى تحدثه المشاركة المستمرة في سلوك المفحوص، فالممارسة المتكررة للاختبارات وزيادة الألفة بفريق البحث، والتوحد بإحدى الجماعات لفترة طويلة نسبيًّا من الزمن. هي جماعة البحث، وغير ذلك من ظروف البحث الطولي التتبعي ذاته، قد تؤثر جميعًا في أداء المفحوص في الاختبارات وفي اتجاهاته ودوافعه، وفي توافقه الانفعالي، وغير ذلك من جوانب السلوك. ومن ذلك مثلاً أن المفحوص حين يعطى نفس الاختبارات أو ما يسببها عدة مرات فإنه يصبح على درجة كبيرة من الخبرة بها، وفي مثل هذه الحالات سوف يؤدي المفحوص جيداً على الاختبارات اللاحقة لا بسبب النمو وإنما بسبب آثار تكرار الممارسة.

وعلى الرغم من أن هذه الطريقة تستغرق وقتًا طويلاً وتتطلب تكلفة هائلة فإنها لها قيمتها في أنها تهيء لنا تتبع مسار التغيرات في المفحوصين كأفراد عبر الزمن.

د) **أثر وقت القياس:** يمكن لبعض الآثار التي تحدث في المفحوصين من عينة البحث الطولي، ترجع إلى وقت القياس وليس إلى النمو في ذاته. مثال: التغيرات المرتبطة بالعمر نحو "العمل اليدوي" أثناء مرحلة الرشد، إن هؤلاء المفحوصين إذا كانوا قد اختبروا أو تمّت ملاحظتهم ومقابلتهم في أوائل الخمسينيات حين كانوا في بداية المراهقة قد يظهرون اتجاهات محافظة نسبيًّا حول هذا الموضوع، ولكنهم عندما يختبرون اليوم بعد أكثر من ثلاثين عامًا فإن هؤلاء المفحوصين أنفسهم قد يكونون أكثر تحررًا وتسامحًا في اتجاهاتهم، وقد تفسر هذه النتيجة بأنها تعنى أن الاتجاه نحو العمل اليدوي يصبح أقل محافظة عند التحول من المراهقة إلى الرشد الأوسط، إلا أن السبب الحقيقي أن الزمن قد تغير طوال هذه الفترة مع تغير المجتمع ككل حيث أصبح أكثر تقبلاً للعمل اليدوي. فالتغيرات الملاحظة في هذه الدراسة الفرضية قد تعكس بنفس القدر التغير التاريخي في المجتمع وليس التغير النمائي العادي الذى يحدث خلال الرشد فحسب، ومعنى ذلك أن التصميم الطولي في ذاته لا يساعدنا بالضرورة على الوصول إلى تعميمات جيدة حول آثار النمو، وكما هو الحال بالنسبة للبحوث المستعرضة لا بد من أن تكون على حذر شديد في تفسير النتائج.

٣. الملاحظة:

الملاحظة من أساليب التقويم وجمع البيانات، حيث يمكن من خلال استخدامها، وفق الضوابط المحددة لها، الحصول على مجموعة من المعلومات والبيانات التي يصعب الحصول عليها من خلال استخدام أسلوب آخر. والملاحظة هي المشاهدة والمتابعة المرئية الدقيقة للسلوك أو الظاهرة أثناء الأداء الفعلي في المواقف الطبيعية، وتسجيل ما يراه الملاحظ وفق نظام دقيق ومحدد يعبر عن السلوك أو الظاهرة في صورة كمية.

أنواع الملاحظة:

أ) **الملاحظة العفوية (غير المقصودة):** هي عبارة عن مشاهدات غير منظمة وغير مخطط لها مسبقًا، فهي مشاهدات عفوية ومن دون ترتيب مسبق. ويتسم هذا النوع من الملاحظة بعدم وضوح هدف معين للملاحظ؛ فهي ملاحظات مشوشة ويصعب تحويلها إلى مقدار كمي. ولكن يمكن الاستفادة من هذا النوع في الحصول على معلومات نوعية عن بعض الظواهر والسلوكات التي قد لا تكون في بؤرة اهتمام الملاحظ، ولكن تستحق التسجيل وأن يوليها الملاحظ اهتمامًا مناسبًا. ويمكن لمعظم العاملين في المؤسسة ممارسة مثل تلك الملاحظة العفوية. ومن الجدير بالذكر أن هذا النوع من الملاحظة ليس له أدوات سوى عين وحسّ الملاحظ وهما ليس كافيين للملاحظة الدقيقة.

ب) **الملاحظة المنظمة (المقصودة):** يختلف هذا النوع عن الملاحظة غير المنظمة في العديد من النقاط التي تتمثل في المشاهدة المقصودة والمنظمة والمخطط لها مسبقًا في ضوء هدف معين تمَّ تحديده مسبقًا. وتعدُّ الملاحظة المقصودة من أهم أنواع الملاحظة، حيث إنها تتم في ضوء تحديد دقيق لموضوع الملاحظة، والهدف منها، والأدوات المستخدمة فيها، وأساليب التقدير الكمي، ونظم تسجيلها، بالإضافة إلى التحديد الدقيق لوقت ومكان الملاحظة. وهذا النوع من الملاحظة يعتمد على العديد من الضوابط والشروط التي يجب مراعاتها بدقة عند استخدام هذا الأسلوب.

جـ) **الملاحظة الفرضية:** وهي ملاحظة لا تخضع لأي قاعدة ولا تهدف إلى الكشف عن حقيقة علمية موحدة. وهي تدخل في نطاق المعرفة الحسية، والتي تنحصر في بعض المواقف العلمية المحدودة.

د) الملاحظة المنظمة: هي ملاحظة سلوك الفرد في حياته اليومية، ويمكن أن تكون بسيطة أو طبيعية، وهي كالتالي:

- ملاحظ دون أن يكون ملاحظ.
- الملاحظة بالمشاركة، حيث يشارك الباحث في حياة الفرد.
- الملاحظة الإكلينيكية، حيث تكون ظروف البيئة محدودة من طرف الباحث.

هـ) الملاحظة الذاتية: وهي تتعدد وتتشعب، وكثيراً ما يلجأ الباحث في العلوم الإنسانية في دراسته للشخصية مثلاً، إلى فَهم وملاحظة الوثائق التي وضعها المفحوص بنفسه، مثل الرسائل، والسيرة الذاتية، إن الملاحظة الذاتية، تعني في الغالب – خاصة في البحوث المنهجية المنظمة – اللجوء إلى ملء الاستمارات المعدة من طرف الباحث.

شروط الملاحظة الجيدة:

١. التحديد الدقيق للهدف من الملاحظة.
٢. تحديد المكان الذي تتمُّ فيه عملية الملاحظة.
٣. عدم اختلاف نتائج الملاحظة باختلاف القائمين بعملية الملاحظة.
٤. اتساق إجراءات الملاحظة مع ما هو متوقع أداؤه من السلوك والهدف منها.
٥. وضوح صياغة عناصر الملاحظة حتى لا يختلف في فهمها وتفسيرها القائمون بعملية الملاحظة.
٦. تسجيل نتائج الملاحظة وفق نظام معين ودقيق.

مميزات الملاحظة:

١. تقدم معلومات تتميز بالعمق والشمولية والدقة والتفصيل.

٢. تستخدم مع عدد من الأفراد أقل بالمقارنة بالوسائل والأدوات الأخرى.

٣. تسمح بمعرفة وتسجيل النشاط وقت حدوثه مباشرة.

عيوب الملاحظة:

١. قيام بعض الأفراد عند شعورهم بأنهم ملاحظين بتغيير سلوكهم وإظهار ردود أفعال تختلف عن الواقع.

٢. وجود بعض العوائق التي تؤثر في الملاحظة، مثل: الطقس، والعوامل الشخصية، وغيرها.

٣. محدودية الملاحظة بالوقت والمكان الذي تقع فيه الأحداث.

٤. صعوبة ملاحظة بعض الحالات التي يصعب تقويمها بهذا الأسلوب.

صعوبات الملاحظة:

أ) صعوبة الإدراك الحسي: تعتبر الملاحظة عملية إدراك حسي لسلوك أو حدث أو اتصالية، ومعلوم أن الإدراك مخطئ. وحتى الفكر كثيراً ما يكون هو نفسه مصدر الخطأ في عملية الملاحظة. يقول جوته: " إننا لا نرى إلا ما نعرفه " فقد لا يلاحظ الفرد من الظواهر سوى ما يتصل باهتماماته، وما قد يتفق مع اتجاهاته وأغراضه، إن المعاني توجد في عقول الناس أكثر منها في الموضوعات نفسها.

يجب على الباحث أن يتدرب على القيام بالملاحظة، ليتجنب احتمال الوقوع في الخطأ الإدراك، لذا عليه، منذ البداية، تحديد ما يلي:

- الوقائع التي ينبغي ملاحظتها.
- كيفية تسجيل الملاحظة.
- استعمال الإجراءات الضرورية للتأكد من دقة الملاحظة.

- تحديد نوع العلاقة التي يجب أن تقوم به الملاحظة والملاحظ وكيفية تكوين هذه العلاقة.

وليس من شك في أن التحديد الدقيق لهذه النقاط، يختلف باختلاف أغراض الملاحظة وأنواع البحوث، ولتغطية النقص التكويني المتمثل في كون الحواس لا تجعلنا ندرك إلا عددًا محددًا من المثيرات، ونغفل ما يمرُّ منها بإيقاع سريع، يلجأ العلماء إلى أدوات وأجهزة تكمل عمل أعضاء الحس وتؤيده في قدرتها نسبيًّا، مثل الصور، الأفلام، آلات التسجيل الفيديو، وغير ذلك، والتي تقدم اليوم الأداة الفاعلة لتثبيت المدركات، وبالتالي لتركيز الملاحظة. فبإمكان تلك الوسائل، إعادة السلوك موضوع الملاحظة، وبإمكانها تثبيته أو إبطاؤه.

ب) صعوبة حضور الملاحظ: هذا الحضور يثير ردود فعل بالنسبة للملاحظ من خلال مضايقة الملاحظ، وقد وضع علماء النفس المربون، لتجاوز ذلك، حجرات ذات رؤيا في اتجاه واحد، كما استفادوا من وسائل أخرى لملاحظة الأصوات أو التسجيل، والتي من شأنها أن تقلل من مضايقة المفحوص.

٤- التقييم النفسي للطفل أو المراهق:

إن تقييم وفحص الطفل أو المراهق وإجراء اختبارات سيكولوجية يتضمن النقاط الآتية:

- تعرّف سبب تحويل الطفل إلى الطبيب النفسي.
- يقيم الطفل من حيث: طبيعته، سلوكه، مشاعره، أفكاره.
- تحديد العوامل المختلفة التي يمكن أن تؤثر في سلامة مشاعره مثل الأسرة، المدرسة، المجتمع.

ولتقييم الطفل تقييمًا شاملاً نحتاج لمقابلة أفراد الأسرة وذلك للحصول على المعلومات اللازمة مثل: مدى نشاط الطفل وأدائه الدراسي، معدل ذكاء الطفل، التقييم العصبي والسيكولوجي للطفل.

إن الطفل وأسرته هما أساس المقابلة مع الطبيب، وفي بعض الحالات فإن منظمات مختلفة وهيئات تقوم بإجراء التقييم النفسي للأطفال من خلال المدارس أو الملاجئ أو مؤسسات الطفولة والأمومة. وفي بعض الأحيان يكون الطفل مصدر جيدًا للتعبير عن أفكاره ومشاعره والظواهر النفسية مثل الخوف، القلق، الهلع، الحزن، لكن نجد صعوبة في ترتيب الطفل لتزامن الأعراض وتسلسلها. هناك بعض الأطفال لا يستطيعون التعبير لفظيًّا، ولكن من خلال اللعب أو الصور.

الخطوة الأولى لعمل تقييم شامل للطفل أو المراهق:

١. الوصف الوافي لما يتعلق بالطفل في الوقت الحالي: اسمه، عمره، شكله، طوله، حجمه، هندامه ومظهره العام.
٢. التاريخ المرضي لأي مشكلة عضوية أو نفسية سابقة، وهذا غالبًا ما يتم من خلال الآباء بالنسبة للأطفال صغار السن، أما المراهقين فيمكن أن يقدموا للمعالج صورة دافئة عن أنفسهم بالنسبة للأطفال صغار السن، فبعد الجلوس مع الوالدين يتم عمل مقابلة مباشرة مع الطفل وملاحظته وإجراء الاختبارات السيكولوجية المختلفة.

بالنسبة للمقابلات مع الطفل فهي تحتاج إلى جانب من المرونة في تقدير المشكلات المحيطة بالطفل وأحداث الحياة المختلفة. ولكي يحصل الطبيب المعالج على أكبر قدر من المعلومات فربما يحتاج الطبيب لإجراء عدة مقابلات متنوعه فمثلاً:

- الجلسة شبه مركبة: تستخدم في حالات الاضطراب الوجداني والفصام للأطفال في سن المدرسة.

- **الجلسة المركبة: تستخدم في المؤسسات القومية للصحة النفسية ونظام الجلسات التشخصية للأطفال، كما تستخدم لإجراء المقياس التدريجي لسلوك الطفل ولإجراء قائمة السلوك.**

وبمجرد معرفة التاريخ الكامل للطفل من خلال الأبوين يليها مرحلة الفحص الكامل الجسدي والنفسي، وأيضًا تقييم النشاط الوظيفي في البيت والمدرسة والنادي، واستكمال الاختبارات السيكولوجية.

ويستطيع الطبيب المعالج استخدام كل المعلومات المتاحة وذلك للوصول إلى أفضل تشخيص، وعلى الطبيب أيضًا تحديد إذا كانت هذه المعلومات تتوافق مع واحد أو أكثر من التشخيصات للأمراض النفسية المختلفة.

هناك سلوكات للطفل تبدو طبيعية في سنّ معين، ولكن يختلف معناها في حالة ظهورها في سنّ آخر مثل "نوبات الغضب Temper Tantrum " فهو سلوك طبيعي لطفل عمره سنتان، ولكن له معان مختلفة في سن السابعة عشرة.

لإجراء المقابلة مع الطفل على الطبيب المعالج الآتي:

- **أولاً: تشجيع الطفل وجعل الجلسة أكثر ألفة وارتياحًا.**
- **ثانيًا: شرح للطفل بأسلوب مبسط سبب الجلسة.**
- **ثالثاً: أن يلخص للطفل بصورة جيدة ومطمئنة ما يحدث في الجلسة.**
- **رابعًا: يستفسر خلال الجلسة عن علاقة الطفل بأفراد أسرته وأصحابه ومدى أدائه الدراسي.**
- **خامسًا: لابد من أن يتضمن فحص الحالة العقلية تقييم قدرات الطفل الإدراكية.**
- **سادسًا: عند وجود خطورة من الطفل على نفسه أو على الآخرين في سن المدرسة أو أكبر قليلاً فيجب مشاركة الوالدين في المعلومات.**

- سابعًا: يجب إعطاء الطفل الشعور بالأمان وعدم تعريضه لأي عقاب أو إهمال أو انتقام وفي نهاية المقابلة يتم سؤال الطفل إن كان يريد إضافة أي شيء أو شكوى أو استفسار وشكره على تعاونه معنا في المقابلة.

ويعتمد تقييم الصغار على ما يقدمه الوالدين من معلومات، وتعطى المقابلة للطبيب الفرصة لملاحظة وتقييم التفاعل بين الطفل والوالدين، ويتم تحويل الطفل إلى الطبيب النفسي لعدة أسباب منها:

- حدة الطبع الشديد.
- اضطرابات تناول الطعام.
- صعوبة اكتساب الطفل للزيادة الطبيعية للوزن مع تقدمه في السن.
- اضطرابات في النوم.
- انعزال الطفل واختلافه عن أقرانه.
- تأخر التطور الطبيعي للطفل بالنسبة لمثل مَنْ هو في سنه.

ويقوم الطبيب بتقييم النشاط الحركي والنمو، تقييم نشاطه، مدى تواصله مع من حوله بوساطة التواصل الشفوي، قدرته على المشاركة في الأنشطة والألعاب وقدرته على حل مشاكله الخاصة به.

أما بالنسبة للأطفال في عمر المدارس فمنْ السهل إجراء الكشف عليهم، لكن هناك نسبه لديهم خوف وقلق ويجدون صعوبة في التواصل مع منْ حولهم. ويستطيع طفل في عمر المدرسة أن يستجيب لجلسة حوالي (٤٥) دقيقة، لكن لابد من أن تكون حجرة الكشف واسعة ولابد من أن تحوي ألعاب قد يستخدمها الطفل وتساعد في تقييم نشاطه وانفعالاته.

ومن الوسائل التي تساعد الطفل في التعبير عن نفسه أن يطلب منه أن يرسم أى شيء يخطر على باله، كذلك يساعد في ذلك سؤال الطفل عن الأحداث المهمة في حياته وعن الأشخاص المفضلين لديه.

بالنسبة المراهقين:

يحرص الأطباء على سماع كلام المراهق من بدايته إلى نهايته واحترام وجهة نظره، وكذلك يحترم الطبيب خصوصية وسرية معلوماته فيما عدا المواقف الخطيرة التي يمكن أن تضر بالآخرين لذا يجب الاتفاق على هذا في بداية الكشف.

وعند بلوغ سن المراهقة تكون لدى المراهق القدرات المعرفية التي تساعده في فهم أهمية خضوعه للكشف الطبي، وهذا يساعد في إعطاء وصف دقيق نسبيًّا للأحداث وترتيبها الزمني على الرغم من أن البعض قد لا يبدي أى تعاون أثناء خضوعه للكشف.

وفي ذلك السن قد ينشغل المراهق بأمر سرية الحوار بينه وبين الطبيب، لذا يتم توضيح مدى سرية الحوار والمعلومات فيما عدا المواقف الخطيرة عليه أو على من حوله وهنا لا يلتزم الطبيب بالسرية ويتم الاتفاق معه على ذلك قبل الخضوع للكشف.

مقابلة الأسرة من الأشياء المهمة جدًّا، ففيها يتم ملاحظة سلوك الأسرة تجاه المريض وسلوك المريض تجاه أسرته، ويحتم دور الطبيب عليه التزام الحيادية من دون إظهار أي ميل إلى أحد أفراد الأسرة ولا المريض. ويعطى الوالدين تسلسلاً زمنيًّا للصورة المرضية وصورة عامة عن نموه وتطوره وأي تفاصيل لأحداث قد تعرض لها الطفل وخلال لقاء الأهل يمكن تقييم مدى الترابط بينهم.

طرق التشخيص:

يتم التشخيص من خلال:

١. إجراء الكشف على المريض.

٢. خضوع الطفل إلى الاستجوابات التحريرية المكتوبة.

وهناك أنواع عديدة من المقابلات مع المريض:

أ) مقابلات شبه مركبة: تعتمد على الطبيب بشكل أساسي حيث يكون الطبيب هو العنصر الفاعل من خلال توجيه أسئلة معينة للطفل أو أبويه ومن خلال الإجابة عن الأسئلة يتم التشخيص.

ب) مقابلات مركبة: تعتمد على الطفل بشكل أساسي من خلال الاعتماد على الأعراض التي يشتكي منها هو أو أبويه.

وقد تستخدم الصور: من الوسائل التشخيصية التي تستخدم في الفئة العمرية من ٦–١١ سنة، فمن خلال الصور يتم التعبير عن المشاعر والسلوكات المختلفة للطفل، ويتم ذلك من خلال قصة مختصرة تحكى للطفل وعرض مجموعة من الصور. ويسأل الطفل عن تصرفه إذا تعرض لنفس الموقف الذي تعرض له الطفل بطل القصة.

وتستخدم الاستبانات: يتم إعداد مجموعة من الاستبانات في صيغ مختلفة، فللطفل صيغة خاصة وللوالد صيغة خاصة وللمدرس المسئول عن الطفل صيغة خاصة. ومن خلال إجابات الطفل والوالد وغيره يتم جمع الكثير من المعلومات التي تساعد في تشخيص حالة الطفل.

تقييم حالة الطفل النفسية:

إن تقييم حالة الطفل النفسية يعتمد على: وصف أسباب تحويل الطفل إلى الطبيب النفسي، الأداء الوظيفي للطفل، الاختبارات التي أجراها الطفل.

وتستلزم المقابلة تعرّف البيانات الشخصية مثل: الاسم، السن، وتاريخ المرض والذي يحتوي: الشكوى الرئيسة، تاريخ المرض الحالي، تطور نمو وإدراك الطفل، التاريخ النفسي للطفل، التاريخ العضوي، ويشمل التطعيمات المختلفة التي تلقاها الطفل، التاريخ الاجتماعي والأسري، أداء الطفل الدراسي، علاقة الطفل بمن حوله، التاريخ المرضي للأسرة.

كما يشمل الكشف على الطفل فحص الوظائف العقلية متضمنة: المظهر العام، الشكل الجسدي، علاقة الطفل بالوالدين، انفصال الطفل عن والديه، مدى إدراك الطفل

للوقت والمكان والأشخاص، لغة الطفل وكلامه، الحالة المزاجية، أفكار الطفل، العلاقات الاجتماعية، السلوك الحركي، الاستبصار.

ويشمل تقييم الطفل فحص الحالة النفسية العصبية والذي يتضمن: مظهر الطفل العام، مدى درجة وعيه وانتباهه، وضع الطفل: نائم، واقف، مشيته، حركة الأطراف والجزع والوجه، درجة تواصل الطفل بالعين والكلام، اللغة الأولية للطفل.

وعلى الطبيب تقييم كلام الطفل ولغته أثناء الحوار، وملاحظة إذا كان الكلام واللغة مناسبين لسن الطفل أم لا، ملاحظة الفرق بين التعبيرات اللغوية المستخدمة من قبل الطفل والمعاني المستقبلة، إلى جانب ملاحظة معدل الكلام – التأخير في الإجابة – الكلام تلقائيًّا – مدى إجادة عناصر الكلام – تكرار كلمات أو جمل، فالطفل الذي لا يستخدم الكلمات عند سنِّ (١,٥) سنة ولا يستطيع استخدام الجمل عند سن ٢,٥ سنتين ونصف السنة إلى (٣) سنوات، ولكن له القدرة على الاستجابة للأشياء غير اللفظية فهو ينمو نمواً طبيعياً. ولكن الطبيب يجب أن يفكر إذا كان هناك احتمال فقدان السمع.

وعلى الطبيب أيضًا ملاحظة تعبيرات وجه الطفل إذا كان حزين، لا يبتسم، يبكي، قلق، مبسوط، غاضب. وهذا من خلال مشاركة الطفل في لعبة أو خيال.

طريقة التفكير ومكونات الفكرة:

لتقييم اضطراب الأفكار عند الأطفال فإن الطبيب عليه أن يتوقع الأفكار المناسبة للمرحلة العمرية، ولتقييم الأفكار:

أ) **تكوين الفكرة Thought process: إذا كان هناك ترابط أم عدمه – أفكار خيالية – القدرة على التفرقة بين الواقع والخيال.**

ب) **مكونات الفكرة Thought content: خيالات – وسواس – خوف – أمنيات – الانشغال بفكرة معينة، إذا كان هناك أي أفكار انتحارية، وذلك مهم للأطفال**

الذين لديهم القدرة على التواصل لفظياً لفهم الأسئلة والمعتقدات. وأيضاً السؤال عن: العنف أو التعدي على الآخرين – الهلاوس السمعية البصرية، ويجب مراعاة أن بعض الأطفال الصغار لديهم هلاوس سمعية أو بصرية مؤقتة وهذا لا يعني أنهم يعانون من مشاكل عقلية خطيرة.

العلاقات الاجتماعية:

على الطبيب ملاحظة مدى استجابة الطفل للمقابلة ومعدل المهارات المكتسبة والاجتماعية لديه وقدرة الطفل على التواصل، ومدى قابلية الطفل للإجابة عن الأسئلة أو انعزاله، وأيضًا على المعالج ملاحظة مدى ثقة الطفل بنفسه ومدى نجاحه في إنتاج شبكة علاقات في الأسرة وفي المدرسة.

السلوك الحركي: Motor behavior

السلوك الحركي للطفل هو جزء من الفحص للحالة النفسية ويشمل: ملاحظة تعاون الطفل وتناسق الأداء الحركي، القدرة على جذب الانتباه، الحركات اللاإرادية، النشاط الزائد، أي حركة غير معتادة من العضلات.

القدرة المعرفية: Cognition

على المعالج تقييم ذكاء الطفل وقدرته على حل المشكلات، ويتم تقييم ذكاء الطفل من خلال: المعلومات العامة – ألفاظه وقدرته على نطق الكلام، ويمكن استخدام اختبارات الذكاء المتعارف عليها.

الذاكرة: Memory

الأطفال في سن المدرسة لديهم القدرة على تذكر ثلاث أشياء بعد مضى خمس دقائق، ولديهم القدرة على تكرار خمسة أرقام تصاعديًا وثلاثة أرقام تنازليًا. ويجب ملاحظة أن القلق والاضطراب يتعارض مع أداء الطفل أثناء الجلسة وإجراء

الاختبارات، وفي حالة عدم قدرة الطفل على تكرار الأرقام أو إضافة أرقام بسيطة هذا يعكس إصابة في المخ – تخلف عقلي – صعوبة التعلم.

الاستبصار والقدرة على الحكم على الأمور: Judgment and Insight

رؤية الطفل للمشكلات ومدى تفاعله معها، واقتراحات الطفل والحلول لحل المشكلات، ومدى تفهم الطفل لدوره في المشكلة ومدى تفاعله مع الطبيب.

التقييم النفسي والعصبي: Neuro- psychiatric Assessment

إن التقييم النفسي والعصبي مناسب للأطفال الذين يعانون من مشكلات نفسية أو عصبية، ولإجراء التقييم النفسي والعصبي فهو يكون من خلال تجميع معلومات الفحص العصبي – الجسدي – الفحص العقلي الكامل، ومن خلال الفحص العصبي للطفل نستطيع تعرّف الأعراض غير الطبيعية والتي تشير إلى إصابة في المخ.

ومن خلال الفحص الجسماني للطفل نستطيع اكتشاف أي أعراض عصبية "Down syndrome, Fetal alcohol syndrome"، ومن المهم أيضاً أن يشمل الفحص النفسي والعصبي للطفل أي علامات عصبية بسيطة "soft neurological signs"، ويتكون الفحص من خمسة عشر سؤالاً عن الحالة الجسمانية العامة والتاريخ المرضي وحوالي ثلاثة وأربعين أداءً جسمانيًّا مثل:

- المس أنفك بأصبعك.
- الوقوف على قدم واحدة في نهاية خط.
- انقر بسرعة بواسطة اصبعك.. إلخ، ولكنها غير مفيدة في عمل تشخيص نفسي.

إن العلامات الجسمانية الشاذة مهما كانت صغيرة ومظاهر عدم تناسق الشكل يحدث بمعدل أكبر مع الأطفال الذين يعانون من الآتي: إعاقة التطور – إعاقة التعلم – اضطرابات اللغة والكلام – النشاط الزائد، وهناك علامات جسمانية مكتسبة أو مفقودة مثل: علو سقف الفم – الأذن المنخفضة – الرأس كبير الحجم، وفي حالة

حدوث أي نوبات صرعية أو تشنجات فإن ذلك يعتبر ضمن التشخيصات المختلفة، ويتم عمل رسم مخ وأشعة مقطعية ورنين مغناطيسي على المخ.

الاختبارات النفسية والتعلم والتطور:

الاختبارات النفسية غير معتاد أن يتم خلالها تشخيص أو تقييم أي أعراض نفسية، ولكنها تستخدم لتحديد مدى معدل تطور الطفل – ذكائه – أو أي مشكلات دراسية وكمقياس لمدى تكيف الطفل وتشمل: مدى مشاركة الطفل ودرجة تواصله مع الآخرين – المهارات اليومية – مهاراته الاجتماعية والمهارات الحركية.

٥. قياس الشخصية:

الشخصية مجموعة من التصرفات والأفعال وطريقة التفكير، وهي تتكون شيئًا فشيئًا منذ السنوات الأولى وتطبع بالأحداث والصدمات والنجاحات التي تغير من معالمها تدريجيًّا، وهو ما أتاح لعلماء النفس وضع العديد من التعريفات عنها.

طرق قياس الشخصية:

هناك العديد من الأساليب أو الوسائل التي يستخدمها علماء النفس المتخصصون في القياس والتي يتم بوساطتها التحصل على عينة السلوك من أجل ملاحظتها وقياسها، وبالتالي يتمكن من معرفة سمات وشخصية الفرد من بين هذه الوسائل:

أولا: الاستخبارات:

الاستخبار أو الاستبانة في علم النفس هو طريقة من طرق قياس الشخصية، ونوع من المقابلة المقننة، ويشمل الاستخبار مجموعة من الأسئلة أو العبارات التقديرية التي تقدم مطبوعة غالبًا ويجيب عنها المفحوص بنفسه غالبًا بالكتابة في حدود فئات محددة مثل نعم لا أوافق لا أوافق ينطبق على لا ينطبق ، و يدور مضمون استخبار شخصية حول جوانب وجدانية انفعالية خاصة بالسلوك في المواقف الاجتماعية، ويجيب عنها المفحوص على أساس معرفته بمشاعره وانفعالاته وسلوكه الماضي أو الحاضر، وتقدر

درجة الاستخبار ويفسر بطريقة موضوعة سلفًا، وقد يكون الاستخبار أحاديًا (يقيس سمة واحدة)، أو متعدد الأبعاد (يقيس مجموعة من السمات).

ثانيًا: مقاييس التقدير:

وهي أداة ووسيلة توضع على أساسها رتبة رقمية أو معدلاً معينًا لخاصة معينة أو سلوك خاص أو سمة محددة اجتماعيًّا أو خلقيًّا أو انفعاليًّا سواء أكانت دالة على الصحة النفسية أو سوء التوافق أو سمات سوية أو أعراض مرضية ويقوم القائم بالتقدير بتحديد الدرجة التي تنطبق على المفحوص من بين عدد من الدرجات يضمنها هدا المقياس المتدرج.

ويمكن أن يجيب عن مقاييس الفرد نفسه أو أن يقوم بتقدير الفرد شخص آخر تمكن من ملاحظة سلوكه مدة طويلة كالزميل أو الأم والرئيس أو الطبيب.

ثالثًا: قوائم الشخصية:

وهي إحدى الطرق الشائعة لقياس الشخصية، وتقدم في هذه الطريقة قائمة عن الصفات إلى المفحوص ويطلب منه أن يحدد ما إذا كانت هذه الصفة تميزه أو لا ؛ وذلك بأن يطلب منه مثلاً أن يضع علامة على الصفات التي تنطبق عليه، ويمكن أن تستخدم قوائم الصفات للشخص ذاته أو لوصف شخص يعرفه.

رابعًا: الطرق الإسقاطية:

الطرق الإسقاطية وسائل غير مباشرة لقياس الشخصية في جوانبها السوية وغير السوية، وتعتمد هذه الطرق على مفهوم الإسقاط. والإسقاط في هذه الطريقة يشير إلى منبه غامض محدد يقدم إلى الفرد ويطلب منه تأويله وإعطاء معنى له، وتعكس استجابة المفحوص حاجاته الخاصة ورغباته ونزعاته وإدراكه وتفسيراته الذاتية.

ويمكن أن تكون هذه المنبهات غامضة ومنها مثلا: بقع الحبر، منظر السحب، جمل ناقصة، صور، خط اليد، ومن المفروض أن يكشف في استجابته لهذه المنبهات عن تركيب شخصيته الخاصة ومشاعره الداخلية ودوافعه ورغباته والإضرابات النفسية.

خامساً: المقابلة الشخصية:

هي أكثر طرق قياس الشخصية استخداماً، لكنها ليست أكثرها دقة، حيث لا يمكن ضبط جميع العوامل المؤثرة في المقابلة.

أنواع المقابلة :

أ) **المقابلة المقننة:** وتتكون من مجموعة أسئلة محددة معدة من قبل توجه بطريقة موحدة، ومن مزايا هذا النوع أنها تسهل المقارنة بين الأفراد، وتضمن تغطية جميع الموضوعات الرئيسة.

ب) **المقابلة غير المقننة:** لا تتضمن أسئلة محددة، وتترك للفاحص استقصاء البيانات التي يرى أنها مهمة، ولقد أثبت هذا النوع نجاحة في الإرشاد والعلاج النفسي. غير أن من عيوب هذا النوع أنه لا يمكن من المقارنة بين الأفراد.

وقد ظهر حديثا نوعان جديدان للمقابلة:

جـ) **المقابلة الضاغطة والمقابلة المنهكة:** وعادة يقوم بها عدد من المقابلين، وتهدف المقابلة الضاغطة للكشف عن سلوك الفرد تحت مواقف ضاغطة، أما المقابلة المنهكة فتهدف إلى إضعاف الفرد لكشف الأقنعة التي يتقنعها أثناء المقابلة وعادة ما تأخذ وقتًا طويلاً.

٦. **دراسة الحالة Case Study**

تعدُّ دراسة الحالة من أهم التقنيات والآليات التحليلية التي تستعين بها عدة علوم ومعارف كعلم النفس وعلم الاجتماع وعلم الاقتصاد والطب والبيداجوجيا وعلم الإدارة، وتسعف هذه الطريقة التحليلية الدارسين والمحللين والمتدربين في مواجهة المشكلات والوقائع عن طريق تحليلها ودارستها وتشخيص الوضعيات سواء أكانت بسيطة أم معقدة من أجل معالجتها، وإيجاد الحلول الناجعة للصعوبات التي يتعرض

لها الأفراد والجماعات داخل سياق معين لتمثلها قصد مواجهة وضعيات متشابهة في المستقبل.

وتشكل دراسة الحالة ايضًا وسيلة تقويمية لمجموع المشكلات التي يواجهها الإنسان في محيطه عن طريق تحويلها إلى ظواهر رمزية افتراضية أو واقعية في شكل خطابات سردية أو وصفية محبكة بشكل معقد، ومتضمنة للوضعيات الإشكالية التي ينبغي معالجتها بطريقة علمية موضوعية؛ بهدف الوصول إلى الحلول المناسبة لاتخاذ القرارات الملائمة بصددها.

مصادر دراسة الحالة:

معطيات دراسة الحالة تجمع من مصادر متعددة، ويمكن حصرها في الأشخاص الذين يتحولون إلى مصادر للتوثيق المرجعي، والصحف، والكتب والمجلات، والمواقع الإلكترونية، والتوثيق التاريخي، وأرشيف المؤسسات التربوية والتعليمية، والإحصاء، والدراسات التي تناولت دراسة الحالة سواء بشكل نظري أو تطبيقي.

مواصفات دراسة الحالة وطريقة صياغتها:

تصاغ دراسة الحالة التربوية أو التعليمية أو الإدارية بطريقة سردية أو صفية أو درامية، كما تصاغ في شكل سيناريو يصف مجموعة من الظروف التربوية أو الإدارية التي تشخص مشكلة ما، وقد تصاغ دراسة الحالة في شكل أحداث ومواقف افتراضية خيالية أو واقعية مستمدة من مشكلات الأفراد أو الجماعات أو المؤسسات.

أنواع دراسة الحالة:

يمكن الحديث عن أنواع عدة من الحالات حسب المجالات والميادين وحسب مجموعة من العناصر والمكونات.

١. مستوى المضامين: يجوز الحديث عن الحالة التربوية المتعلقة مثلا في مناهج التعليم والطرائق البيداغوجية كالتدريس بالكفايات، وتناول الظواهر

السائدة في المحيط التربوي والتعليمي كظاهرة الغش، والتغيب ، وعدم الاهتمام، والرسوب، والكسل، العدوان.. إلخ.

٢. المستوى الكمي: الذي يعتمد على تقديم معلومات قليلة عن الظاهرة، لذا تستوجب الحالة جمع معلومات كثيرة عن الموضوع المدروس عن طريق الحوار والاستجوابات والمقابلة.

ودراسات الحالة تتطلب جميع المعلومات التفصيلية الشاملة عن الفرد المراد دراسته في الحاضر والماضي، وبالتالي نتعرف على جذور المشكلات لديه، كما تعتبر من الأدوات الرئيسة التي يستخدمها المرشد النفسي لفهم حالة الفرد وعلاقته بالبيئة. كما تعتبر من أدق الأعمال الإرشادية لما تتطلبه من خبرة ودراية ومهارة وتدريب.

مزايا دراسة الحالة:

١- التعمق والشمول والترابط ودراسة كل النواحي والعوامل المؤثرة أو ذات العلاقة كوحدة واحدة متكاملة لدى الحالة الخاضعة للدراسة.

٢- دقة النتائج والتوصيات وشمولها واكتمال عناصر الموقف.

٣- الاطمئنان والثقة في البيانات والنتائج التي يتم التوصل إليها.

٤- يمكن استخدامها في البحث الاستكشافي عند محاولة تحديد معالم أو خصائص مجتمع البحث أو تحديد المشكلة أو تكوين الفروض.

٥- تعطي الفرصة لتبيان موقف ومميزات وخصائص كل مفرده وعوامل وأوجه التشابه والاختلاف والانفراد بينها، بما يفيد الباحث كثيراً ؛ وذلك على عكس الطريقة الإحصائية مثلاً، التي لا تظهر رأي وموقف وخصائص كل مفردة، بل تظهر فقط النتائج العامة وإجمالي نتائج البيانات والمعلومات في شكل مجاميع أو في شكل نسب مئوية أو متوسطات حسابية.

٦- تفيد هذه الطريقة تمامًا عندما يكون البحث قائمًا على دراسة حالة واحدة معينة بذاتها أو على عدد محدود جدًّا منها بغرض المصلحة المباشرة لهذه الحالة من دون الحاجة إلى تعميم النتائج.

عيوب دراسة الحالة:

١- صعوبة تعميم بعض النتائج المتحصل عليها من هذه الدراسة، ويقتضي الأمر الحذر والمرونة ومراعاة ظروف التطبيق إذا ما أريد تعميم بعض النتائج.

٢- تحتاج إلى جهد و خبرة و قدرة كافية لدى الباحث، سواء عند البحث والتجميع للبيانات والمعلومات وإجراء المقابلات المتعمقة أو عند تحليل هذه البيانات ذات الجوانب والعناصر والعلاقات المتعددة والمتداخلة، وإيجاد العلاقات والارتباطات بينها، وقد يؤدي ذلك إلى عدم توفير التعمق والشمول الكافي أو إلى التحيّز وعدم الموضوعية من قبل الباحث.

٣- صعوبة استخلاص النتائج في شكل كمي.

شروط جمع المعلومات عند دراسة الحالة:

هناك عدد من الشروط عند جمع البيانات عن الحالة، تشمل:

١- سرية المعلومات: فلكي يفصح المريض عن المشكلة التي يعاني منها، فيجب أن يتأكد من أن المعلومات التي سيفصح بها تبقى سرية.

٢- مهارة جمع المعلومات: وتعتمد على خبرة المرشد، ويجب أن تكون أسئلته هادفه.

٣- الدقة والموضوعية: لا يمكن إلى تشخصين المشكلة بشكل دقيق إلا عن طريق الدقة المتناهية في جمع المعلومات، بعيدًا عن العواطف والميول.

٤- الصدق والثبات: صدق المعلومات يعني أن تصف فعلاً سلوك الطفل، وثبات المعلومة يعني ألا تتغير بسرعة من جلسة لأخرى.

٥- التكرار والاستمرار: متابعة الأمور باستمرار من شروط عملية جمع المعلومات، حيث يتعرف المرشد علي عدد مرات تكرار السلوك، وكم من الوقت استمر.

٦- تقدير العوامل المسببة والأعراض: أي الاهتمام بأسباب المشكلة، والعوامل التي ساعدت على ظهورها.

٧- الاهتمام بالمعلومات الطولية: وهنا يأتي أهمية سجل السيرة الذاتية للطفل، لأن حياته وحدة متصلة ومستمرة.

٨- التأكد من توافر الأدلة: التأكد من أن المعلومات الحقيقية ذات الصلة بالمشكلة، ويجب التأني في الحكم على الأدلة، ولا يكفي بالملاحظة العابرة.

٩- الاعتدال: عند جمع البيانات، يجب الابتعاد عن التعميم السريع، لأن هناك فروقًا فردية بيئية وثقافية بين الأطفال بعضهم البعض.

١٠- تقييم المعلومات: يجب علي المرشد التأكد من المعلومات التي حصل عليها عن الطفل صحيحة.

١١- تنظيم المعلومات: يجب تنظيم المعلومات في سجلات يسهل الرجوع إليها، وربطها بعضها البعض، كما يسهل تفسيرها بشكل دقيق يلقي الضوء علي شخصية الطفل ومشكلته.

١٢- وسيلة وليست غاية: عملية جمع المعلومات وسيلة لتشخيص المشكلة، وتخليص الطفل من المشكلة التي يعاني منها، ولذلك هي ليست غاية في حد ذاتها.

١٣- بذل أقصي جهد: عملية جمع المعلومات ليست بالعملية السهلة، بل تتطلب الكثير من الوقت والجهد للحصول على المعلومات، وتحتاج إلى أدوات ووسائل مختلفة لجمعها.

وفيما يلي أنموذج للبيانات المطلوب جمعها عند دراسة الحالة، إلى جانب بطاقة لملاحظة أداء المعلمة المشجعة للأطفال.

أنموذج دراسة الحالة

معلومات عن هوية الحالة:

اسم الطفل: المدرسة:

الصف: تاريخ الميلاد:

مهنة الوالد:

عدد أفراد أسرة الطفل:

ترتيب الطفل بين الإخوة:

الطفل يعيش مع:

تاريخ تسجيل الحالة:

مصدر التسجيل: (ذاتي– الأسرة– المديرة– المرشد– المعلم– آخرون).

نوع الحالة: (نفسية انفعالية– تربوية– تكيف اجتماعي– تكيف داخل الأسرة– صحية– اقتصادية).

المراجعة للمرشد:

للمرة الأولى الثانية الثالثة

التحصيل الأكاديمي: (التحصيل في المرحلة السابقة – التحصيل في المرحلة الحالية)

بطاقة ملاحظة للمعلمة
(للخصائص التي يجب توافرها في المعلمة المشجعة للأطفال)

أنموذج لملاحظة أداء معلمة الروضة

الأداء	درجة تحقيق الأداء		
	دائمًا	أحيانًا	لا يحدث
أولاً: السمات الشخصية:			
- تتصرف بطريقة متزنة.			
- تتحرك بنشاط وحيوية.			
- تراعي سلامة النطق أثناء التحدث.			
- تتسم بالقدرة على تحمل المسئولية.			
- تقيم علاقات طيبة مع الزملاء.			
- تقيم علاقات طيبة مع الإدارة المدرسية.			
ثانيًا: طريقة الأداء والتفاعل مع الأطفال:			
- تشجع الأطفال على التفاعل.			
- تحل مشكلات الأطفال بهدوء وفاعلية.			
- تراعي الفروق الفردية بين الأطفال.			
- تشجع الأطفال على التعاون.			
- تتجنب إثارة مشاعر الغيرة بين الأطفال.			
- تتجنب إثارة مشاعر الخوف لدى الطفل.			
- تشجع الطفل على المناقشة والحوار.			
- تشجع الطفل على التحدث والتعبير.			
- تشجع الطفل على التعبير عن ذواتهم.			
- تتقبل آراء الأطفال.			
- تشجع الطفل على اتخاذ القرار.			
- تشجع الطفل على الإبداع.			
- تشجع الطفل على حلِّ المشكلات.			

أنموذج لملاحظة أداء معلمة الروضة (تابع)

الأداء	درجة تحقيق الأداء		
	دائمًا	أحيانًا	لا يحدث
- استخدام المثيرات الحسية لتنمية الحواس.			
- استخدام مثيرات متنوعة لجذب الأطفال.			
- تهيئ الأطفال لتدفعهم إلى التعلّم.			
- تنوع في الأسئلة المثيرة لتفكير الأطفال.			
- تشجع الأطفال على التساؤل والمناقشة.			
- تنوع في الأنشطة لتحقيق الأهداف.			
- تنوع من إستراتيجيات التدريس لتناسب الاختلافات بين الأطفال.			
- توظيف الأركان بما يخدم توضيح المفاهيم المختلفة.			
- تعامل الأطفال بودّ وحبّ.			
- تشارك الأطفال في أثناء اللعب.			
- تشجع جو الألفة والحب.			
ثالثاً: التخطيط للنشاط:			
- تحدد الأهداف بطريقة سليمة.			
- تحرص على تنوع الأهداف في المجالات الثلاث (معرفي- مهاري- وجداني).			
- تقدم أنشطة مناسبة للأطفال.			
- تنوع من وسائل التعلّم بما يناسب الفروق الفردية بين الأطفال.			
- تنوع في طرائق التدريس بما يناسب الفروق الفردية بين الأطفال.			
- تنوع من طرق التقييم بما يناسب الفروق الفردية بين الأطفال.			
- تخطط النشاط بطريقة جيدة			

أنموذج لملاحظة أداء معلمة الروضة (تابع)

الأداء	درجة تحقيق الأداء		
	دائمًا	أحيانًا	لا يحدث
- لديها مهارة إدارة الوقت			
- تراعي التدرج في تقديم المفاهيم.			
رابعاً: تنظيم بيئة التعلم:			
- تنظم الأدوات بما يجذب الأطفال.			
- تنظيم مكان الأركان.			
- تنظم الأركان بحيث ترى كل الأطفال.			
- توفير الأدوات المناسبة لكل ركن.			
- تحثُّ الأطفال على المحافظة على الأركان.			
- تحرص أن تكون الأدوات آمنه للأطفال.			
- تنوع توزيع الأطفال حسب طبيعة النشاط.			
- توضح للأطفال أهداف كل ركن.			
- تنوع أماكن تقديم الأنشطة.			
خامساً: الوسائل التعليمية المستخدمة:			
- تنوع في الوسائل التعليمية المستخدمة.			
- توفر في الوسائل شروط الأمن والسلامة.			
- تحرص أن تكون الوسائل التعليمية تجذب الأطفال.			
- تبتكر وسائل جديدة.			
- تحثُّ الأطفال على استخدام كافة الوسائل المتاحة.			
- تختار الوسائل المناسبة في تحقيق الأهداف.			
- تقدم الوسيلة في الوقت المناسب.			

أسئلة التقويم الذاتي

١. ما أهم أسباب مشكلات الأطفال السلوكية؟
٢. ما الطرق المتبعة في بحث مشكلات الأطفال السلوكية؟
٣. ما الفرق بين الطريقة الطولية والطريقة المستعرضة؟
٤. ما أنواع الملاحظة؟ وشروط الملاحظة الجيدة؟
٥. ما خطوات التقييم النفسي للطفل؟
٦. حدد طرق قياس الشخصية؟
٧. عدد أنواع المقابلة؟
٨. ما أنواع دراسة الحالة، وطرق دراستها؟
٩. اذكر مزايا وعيوب دراسة الحالة؟
١٠. ما شروط عملية جمع المعلومات؟

الوحدة الخامسة

مشكلات السلوك الانفعالي والاتكالي

الوحدة الخامسة

مشكلات السلوك الانفعالي والاتكالي

أهداف الوحدة

عزيزي الدراس عندما تنتهي من دراسة هذه الوحدة، نتوقع منك أن تكون قادرًا على:

١. تعرّف المقصود بمشكلات السلوك الانفعالي والاتكالي.
٢. تحديد مشكلات السلوك الانفعالي.
٣. تعرّف مراحل اكتساب اللغة عند الإنسان.
٤. تعرّف مظاهر اضطرابات النطق، وأسبابها.
٥. تعرّف مظاهر اضطرابات الكلام، وأسبابها.
٦. تعرّف مظاهر اضطرابات الصوت، وأسبابها.
٧. تحديد أسباب مشكلة التأتأة، وكيفية التغلب عليها.
٨. تعرّف مراحل تشخيص الاضطرابات اللغوية.
٩. تحديد أسباب مشكلة الخجل، وطرق التغلب عليها.
١٠. تعرف أسباب انعزال الأطفال، وطرق التغلب عليها.
١١. تحديد أسباب الغيرة، وكيف نقي الأطفال منها.
١٢. تحديد النظريات المفسرة لمشكلة الخوف عند الأطفال.
١٣. تحديد أسباب مشكلة الغيرة وطرق التغلب عليها.

١٤. تحديد اسباب مشكلة مصّ الإصبع وقضم الأظافر، وطرق التغلب عليها.

١٥. تعرّف أهم أسباب مشكلة التبول اللا إرادي عند الأطفال.

١٦. تعرّف أهم أعراض اضطرابات نقص الانتباه وفرط الحركة، وكيفية التغلب عليها.

١٧. تحديد ما المقصود بمشكلة التعلق الانفعالي، وكيفية التغلب عليها.

١٨. تحديد أسباب مشكلة اضطرابات الهوية الجنسية، وطرق علاجها.

المشكلات السلوكية والنفسية للأطفال

Psychological & Behavioral Problems for Children

مقدمة:

الاضطراب السلوكي هو اضطراب نفسي يتضح عندما يسلك الفرد سلوكًا منحرفًا بصورة واضحة عن السلوك المتعارف عليه في المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد، بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار ويمكن ملاحظته والحكم عليه من قبل الراشدين الأسوياء ممن لهم علاقة بالفرد.

فالأطفال المضطربون سلوكيًّا هم الأطفال الذين يظهرون واحدة أو أكثر من الخصائص التالية بدرجة ملحوظة ولفترة زمنية: عدم مقدرة على التعلّم لا يمكن تفسيرها في ضوء الخصائص العقلية أو الحسية أو الصحية، عدم القدرة على بناء علاقات مرضية مع الزملاء والمعلمين، وظهور أنماط سلوكية وعواطف غير مناسبة في ظل ظروف عادية، إلى جانب شعور عام بالاكتئاب وعدم السعادة، وأعراض جسمية وآلام ومخاوف فيما يتعلق بالمشكلات الشخصية والمدرسية.

إن الاضطراب السلوكي من بين مشكلات الأطفال يميل إلى إن يكون ثابتًا عبر الزمن. ولا ينطبق هذا الثبات على العديد من الأشكال الأخرى من اختلال الأداء الوظيفي التي يتمُّ الشفاء منها على مدار مضمار النمو. وبذلك فعندما يبدي الأطفال نمطًا ثابتًا من أنماط السلوك المضاد للمجتمع كالأفعال العدوانية الموجهة اتجاه الآخرين على سبيل المثال يكون من غير المحتمل أن يتخلص هؤلاء الأطفال منها ببساطة، وبعض الأفراد يمكن أن يكون لديه صعوبات اجتماعية وانفعالية، ولكن أداءه الأكاديمي يندرج تحت نطاق العاديين، والبعض الآخر يمكن أن يكون لديه هذين النمطين من الصعوبات: الصعوبات الأكاديمية والمعرفية والصعوبات الانفعالية

الاجتماعية بصورة أساسية ومستقلة عن الصعوبات أو المشكلات الأكاديمية، والبعض الآخر تكون الصعوبات الانفعالية الاجتماعية نتيجة للصعوبات الأكاديمية.

أما الاضطراب الانفعالي فهو الانحراف الواضح والملحوظ في مشاعر وانفعالات الفرد حول نفسه وحول بيئته، ويستدل على وجود الاضطراب الانفعالي عندما يتصرف الفرد تصرفًا يؤذي فيه نفسه أو الآخرين، في هذه الحالة نقول:إن هذا الفرد في حالة من الاضطراب الانفعالي.

وقد وصف الأطفال المضطربين بأنهم الذين يظهرون سلوكيات شاذة نحو الآخرين، والذين تظهر عليهم سلوكيات غير مقبولة وغير متوافقة مع البيئة المحيطة بهم ومع مجتمعهم، كما إن توقعاتهم بالنسبة لأنفسهم وللآخرين غير صحيحة.

وقد حدد المختصون عددًا من المشكلات السلوكية والانفعالية الشائعة عند الأطفال، والتي تشمل مشكلات السلوك الانفعالي، مشكلات السلوك العدواني وغير الاجتماعي، مشكلات سلوك الأكل والنوم، ومشكلات المشاركة في الأنشطة المختلفة، وفيما يلي شرح تلك المشكلات:

اولاً: مشكلات السلوك الانفعالي والاتكالي:

الاضطرابات الانفعالية Emotional Disturbances ، مصطلح يصف مجموعة من الأشخاص الذين يظهرون وبشكل متكرر أنماطًا منحرفة أو شاذة من السلوك عمّا هو مألوف، وبناءً على ذلك سيتأثر تحصيلهم الأكاديمي، وكذلك علاقاتهم الشخصية مع المعلمين والزملاء في الصف، ولديهم مشكلات تتعلق بالصراعات النفسية وكذلك التعلّم الاجتماعي، ووفقًا لذلك فإن لديهم صعوبات في تقبل أنفسهم كأشخاص جديرين بالاحترام، وغير قادرين على التفاعل مع الأقران بأنماط سلوكية منتجة ومقبولة.

نسبة انتشار الاضطرابات الانفعالية:

لا يوجد تحديد دقيق للذين يعانون من الاضطرابات الانفعالية من الأطفال والمراهقين، إذ إن التقدير التقليدي لنسبة الاضطرابات الانفعالية الشديدة هي (٢) من مجموع طلاب المدارس. ويوجد في أي عمر ما بين (٢١- ٣١) من طلاب المدارس، قد صنفوا من قبل معلميهم بأنهم يظهرون مشكلات في الاتجاه. كما أعد باحثون آخرون أن أكثر من (٢٠) من طلاب المدارس يعانون من مشكلة ما حسب تقديرات معلميهم، منهم (٢) فقط مضطربان بدرجة بسيطة، (٥) مضطربين بدرجة متوسطة، (١٣) مضطربًا بدرجة بسيطة، (١،٥ إلى ٢) فقط من الأطفال في عمر المدرسة، قد أظهروا اضطرابات شديدة ومزمنة بدرجة تحتاج إلى تقديم خدمات تربوية خاصة(الزغبي، ٢٠٠٨م).

وبالتالي فإن نسبة توزيع الاضطرابات الانفعالية حسب متغير الشدّة، فالغالبية العظمى من الحالات هي من النوع البسيط أو المتوسط في حين أن حالات قليلة جدًّا هي من النوع الشديد أو الشديد جدًّا، أما من حيث متغيري الجنس والعمر، فالدراسات تشير إلى أن الاضطرابات الانفعالية أكثر شيوعًا لدى الذكور حيث إنها أكثر بضعفين إلى خمسة أضعاف منها لدى الإناث، وفيما يتعلق بالعمر الزمني فالاضطرابات الانفعالية قليلة الحدوث نسبيًّا في المرحلة الابتدائية وترتفع بشكل ملحوظ في مرحلة المراهقة وتعود فتنخفض بعد ذلك.

ومن أبرز مشكلات اضطرابات السلوك الانفعالي: اضطرابات الكلام، الخجل، الغيرة، الخوف، مصّ الإصبع، قضم الأظافر، التبول اللاإرادي، الاكتئاب.

أسباب الاضطرابات الانفعالية:

الأطفال المضطربين انفعاليًّا يسيئون التصرف في المواقف الاجتماعية، ويشعرون بعدم الكفاية الشخصية، ولا يستطيعون إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين

وهم يميلون إلى إظهار الاستجابات غير الاجتماعية، والعدوانية، والتخريبية، وعدم الطاعة.

وقد تناول العديد من الباحثين مختلف التفسيرات للعوامل والأسباب التي تسبب الاضطرابات الانفعالية، وتنقسم هذه الأسباب إلى ثلاثة أقسام:

١. العوامل البيولوجية : تشتمل العوامل البيولوجية على العوامل الجينية، والبيوكيماوية، والعوامل العصبية، ولكن هذه العوامل غير مؤكدة إنها تسبب الاضطرابات الانفعالية.
٢. العوامل النفسية: تشير الدراسات إلى وجود عدد من العوامل النفسية التي تسهم في حدوث الاضطرابات الانفعالية، منها الضغوط النفسية والاحباطات الشديدة.
٣. العوامل البيئية: وتشمل:

أ) البيئة الاجتماعية: بما فيها من عادات وتقاليد ولوائح ونظم وإمكانات اقتصادية وثقافية وعلاقات بين الطبقات والأجناس المختلفة داخل المجتمع.

ب) البيئة الأسرية: متمثلة في كل أفراد الأسرة المؤثرة في الطفل.

جـ) البيئة المدرسية: المتمثلة في العلاقة القائمة بين الطفل من ناحية وبين زملائه ومدرسيه، وبالمناهج والأنشطة واللوائح المدرسية من ناحية أخرى.

خصائص المضطربين انفعالياً:

١- النشاط الزائد أو الإفراط في النشاط: يقصد بالنشاط الزائد أو الإفراط بالنشاط قيام الطفل بنشاط حركي مفرط لا غرضي أو بلا هدف في الغالب، ويكون مصحوباً بقصر سعة الانتباه Short Attention Span لدى الطفل وسهولة تشتته Easily Distracted ويتصف سلوك الطفل غالباً بأنه

أخرق أو أحمق Clumsy وسريع الغضب أو الانفعال Irritable والتململ أو الاستياء.

٢- **التحصيل الدراسي:** معظم الأشخاص المضطربين انفعاليًّا تحصيلهم الأكاديمي في المدرسة منخفض مقاسًا باختبارات التحصيل المدرسية الرسمية وغير الرسمية، فهم في العادة يحصلون أقل مما هو متوقع من عمرهم العقلي، وقليل منهم من يحصلون على درجات عالية في التحصيل؛ وهو ما أكدته إحدى الدراسات التي أجريت على (١٣٠) طفلاً من المضطربين انفعاليًّا والتي وجدت إن (٨١٪) منهم كان تحصيلهم منخفضًا في القراءة، وأن (٧٢٪) قد حصلوا على درجات في الرياضيات أقل مما كان متوقعًا منهم.

ومن جانب آخر نجد أنه من المحتمل بالنسبة للأطفال والمراهقين الذين تصدر عنهم أنماط سلوكية تنم عن اضطراب انفعالي أن يظهروا قصورًا أكاديميًّا كما تعكسه مستويات تحصيلهم ودرجاتهم في المدرسة ومهاراتهم في مجالات معينه وبخاصة القراءة، ويرى معلمو مثل هؤلاء الأطفال أنهم لا يبدون اهتمامًا بالمدرسة، ولا يبدون حماسًا يحقق لهم التقدم الأكاديمي، وأنهم يهملون عملهم وواجباتهم ودروسهم ولا يبالون بها.

ويرى العديد من الباحثين والمربّين انه لا يكفي أن نتعامل مع الصعوبات الأكاديمية بمعزل عن الآثار الانفعالية والاجتماعية المترتبة على هذه الصعوبات. حيث تؤثر الصعوبات الانفعالية والاجتماعية على مجمل حياة الفرد. فبينما تؤثر الصعوبات الأكاديمية في مركز الفرد في المجالات الأكاديمية، فإن الصعوبات الانفعالية والاجتماعية ذات تأثيرات متباينة ومتعددة على مختلف جوانب الشخصية.

٣- التشتت أو اللاانتباهية: يجد بعض الطلاب ذوي الاضطرابات الانفعالية صعوبة في استمرار التركيز على المثير؛ الهدف أو النشاط، عندما تتداخل معه أنشطة أخرى منافسة في نفس المجال البصري أو السمعي، حيث يسهل تشتت هؤلاء أو افتقادهم الانتباه أو التركيز.

٤- السلوك الانسحابي: السلوك الانسحابي هو نتيجة لفشل الطلاب في إجراء أي تفاعل اجتماعي وشعورهم بالافتقار إلى القدرة على منافسة أقرأنهم. وقد يتجه البعض من هؤلاء الطلاب إلى الوحدة والعزلة الاجتماعية، وقد يؤدي هذا إلى عدم القدرة على التفاعل إيجابيًّا مع أقرانه أو مع الكبار ممن يتعاملون معه. ومن الجدير بالذكر أن حوالي (١٠٪) من أطفال المدرسة الابتدائية لا يتم اختيارهم من قبل أي أحد من زملائهم كأقران يمكن قضاء الوقت معهم؛ وهؤلاء الأطفال قد يتمُّ نبذهم بشكل مقصود من قبل الآخرين أو يتمُّ تجاهلهم. ويحدث هذا الشكل المتطرف من العزلة عندما ينسحب الأطفال على الدوام أو في أغلب الأوقات إلى عالمهم المتخيل الخاص، وهذا النوع من الانسحاب الاجتماعي يتطلب تدخلاً متخصصًا على الفور.

أما الانسحاب الاجتماعي هو الميل إلى تجنب التفاعل الاجتماعي، إذا حاول الطفل أن يتفاعل مع الآخرين ، فإنه يخفق في المشاركة ولاسيما في المواقف الاجتماعية بشكل مناسب، بالإضافة إلى الافتقار إلى التواصل الاجتماعي، ويتراوح هذا السلوك بين عدم إقامة علاقات اجتماعية، أو بناء صداقة مع الأقران، إلى كراهية الاتصال بالآخرين، والانعزال عن الناس والبيئة المحيطة، وعدم الاكتراث بما يحدث في البيئة المحيطة، وقد يبدأ في سنوات ما قبل المدرسة، ويستمر فترات طويلة، وربما طوال الحياة (خولة يحيى، ٢٠٠٠م).

وبالتالي فالتأثيرات السلبية للانسحاب الاجتماعي وعدم النضج لا تقل عن تأثيرات السلوك العدواني والأنماط السلوكية غير التكيفية الأخرى، ويتفاعل بشكل قليل جدًّا مع الأقران.

٥- **القلق:** ترى نظريات القوى النفسية Psychodynamic أن القلق يعتبر سببًا اساسيًّا لمعظم الاضطرابات السلوكية لدى الاطفال، وإن الاطفال القلقين غالبًا ما يطورون نماذج سلوكية متعددة ينظر إليها على أنها مضطربة، وإنها مصدر لعدم السعادة الشخصية، وإنها تعيق الوظائف العقلية والاجتماعية، وتجعل الفرد يدور في حلقة مفرغة مما تجعله غير متكيف اجتماعيًّا.

٦- **انخفاض أو ضعف مفهوم الذات:** يغلب على الأطفال المضطربين انفعاليًّا أن يكونوا اقل ثقة بذواتهم، كما يفتقرون إلى مفهوم إيجابي للذات، فمفهوم الذات لدى هؤلاء الأطفال منخفض عن مفهوم الذات لدى أقرانهم من الطلاب العاديين، كما لاحظ بلاك Black أن مفهوم الذات يرتبط على نحو موجب بالتحصيل الأكاديمي. ومعنى ذلك أن الطلاب الأقل تحصيلاً يميلون إلى أن يكونوا من ذوى مفهوم الذات المنخفض، أي أن صورة الذات لديهم هي صورة سالبة.

٧- **سوء التكيف الاجتماعي:** يرتبط سوء التكيف الاجتماعي بعدم الامتثال للقوانين، والتعليمات أو النظم الاجتماعية، وتجاوز حدودها، والقيام بالأفعال التي لا يرضى عنها المجتمع، والاعتداء على التعليمات المدرسية أو غيرها. فالفرد غير المتكيف اجتماعيًّا في نزاع دائم مع القيم التي يجب التعامل معها واحترامها في المجتمع والمدرسة.

٨- **الاعتمادية:** يكتسب العديد من الأطفال المضطربين انفعاليًّا الاعتمادية أي زيادة الاعتماد على الآخرين overdependence كالآباء والمدرسين وغيرهم عن

طريق طلب مساعدات غير عادية أيا كانت طبيعة الأنشطة التي يمارسونها، ودائمًا يتعلل هؤلاء الأطفال بعجزهم أو عدم قدرتهم على ممارسة الأنشطة التي يمارسها أقرانهم، متقمصين الإحساس بالعجز أو العجز المكتسب أو الإفراط في الاعتمادية.

أهم مشكلات السلوك الانفعالي والاتكالي:

هناك مجموعة من المشكلات الانفعالية التي تؤثر في سلوكيات الأطفال، وتشمل اضطرابات اللغة، الخجل، الغيرة، الخوف، مصّ الإصبع وقضم الإبهام، التبول اللاإرادي، الاكتئاب، واضطرابات الهوية الجنسية، وفيما يلي شرح لتلك المشكلات:

أولاً: اضطرابات اللغة Language Disorders

اللغة وسيلة أساسية للاتصال الاجتماعي، ومن وسائل النمو العقلي والمعرفي والانفعالي. فاللغة نظام من الرموز متفق عليها، والتي تمثل المعاني المختلفة، والتي تسير وفقًا لقواعد معينة.

يضطرب الكلام عندما يضطرب النطق، تتضح عيوب في إخراج الأحرف أو سهولة التكلم أو وضوحه أو تعثره أو تأخره، وقبل الخوض في أسباب اضطرابات الكلام لدى الأطفال نتتبع بداية مراحل اللغة لدى الطفل:

المرحلة الأولى: مرحلة البكاء The Stage of Crying

تبدأ هذه المرحلة من (الميلاد – ٩ شهور)، وتعد تعبيرًا عن الحاجات الانفعالية للطفل، وتبدأ بصرخة الميلاد، ففي لحظة الولادة مباشرة يستقل الجهاز العصبي للطفل في آلية عمله عن الجهاز العصبي للأم، ويعطي المخ رسالته الأولى في الطفل إلى الرئتين والفم والأنف ليحدث التفاعل مع اندفاع الهواء السريع إلى الرئتين في عملية الشهيق الأولى في حياة الوليد، هذه الجرعة الأولى من الهواء.

المرحلة الثانية: المناغاة Babbling

تبدأ المرحلة من (الشهر الرابع أو الخامس: الثامن)، ويبدأ الطفل في هذه المرحلة يفتح فمه فتخرج منه أصوات تسمى بمرحلة المناغاة، وهي مجموعة من الأصوات الأنفية مثل: (آغ آغ آغ) .. ونتيجة دخول الهواء إلى تجويف الفم من دون أي عائق يبدأ الطفل في نطق الحروف الحلقية المتحركة (آ آ)، ثم تظهر حروف الشفاه (م أ ، ب ب) ثم بعد ذلك يجمع بين الحروف الحلقية وحروف الشفاه (ماما ، باب)، وحتى هذه المرحلة لا يزال الطفل يفتقد معنى الكلمات، وهنا يتطلب الحدث أمرًا مهمًا وهو "الطفل لا يستطيع أن يتكلم حتى يمكن له أن يسمع"، لذا فعلى الأم أن تعاود المناغاة

مع الطفل، أن تناغي له شرط أن يكون ذلك بسرور وحب. ومن بعد أن ينطق الطفل ماما/بابا، تأتي المرحلة السنية (د، ت) ثم الحروف الأنفية (ن) ثم الحروف الحلقية الساكنة (ك ، ق ، ع).

المرحلة الثالثة: التقليد:

تبدأ من (الشهر التاسع إلى الحادي عشر)، وينوع الطفل الأصوات فيشعر من يسمعه أنه يتكلم فعلاً. ويستمر في المناغاة والألعاب الكلامية وتقل أوقات البكاء – يفهم معنى (لا) ويزداد تنوع الأصوات التي يصدرها. ويستجيب أكثر لوالديه سواء لإشاراتهما أو لتقليد أصوات يصدرونها، هذه المرحلة يسعد الأطفال كثيراً بالأغاني التي تكرر بها كلمات بسيطة.

أما الشهر (الثاني عشر الى الثامن عشر): وهي مرحله مهمة للنمو ككل تزداد فيها قدرة الطفل على الفهم– يمشي– يبدأ في إطعام نفسه – يبدأ بالتعبير عن نفسه بكلمه تكون أساساً مقطع أو مقطعين من السلاسل الطويلة التي كان يصدرها. إن تقليد الوالدين هو الذي يعلم الطفل بخاصة إن كان الصوت يصاحبه فعل – جمل الطفل – باي باي – مع إشارة باليد للخروج. يتطلب توفير ظروف ملائمة لأن الطفل لا يتعلم الكلمة فحسب وإنما يتعلم المعنى من خلال الموقف السليم.

المرحلة الرابعة: مرحلة تكوين المعاني: Composition of the Meanings

تبدأ من (السنة الأولى إلى الخامسة)، ثم بعد ذلك ترتبط عنده الحروف والكلمات بمعاني معينة؛ فكلمة ماما تعني الأم، وكلمة بابا تعني الأب، لذا فالطفل يبدأ نطقه بالكلمات المفردة وليس بالجمل، ويستطيع بين السنة والسنة ونصف السنة أن ينطق بالكلمة الأولى، وفي السنة الثانية تزداد قدرته إلى حوالي (٥٠) كلمة ليصل في السنة السادسة من العمر إلى حوالي(٢٥٠٠) كلمة بالنسبة للذكر، (٣٢٠٠) كلمة بالنسبة للأنثى، وأهم مفردات الطفل في الفترة الأولى من عمره هي عن الطعام

والشراب والرضاعة واللعب، ويدرك مفهوم الشيء موجوداً كان أو غير موجود فيطلب الماء والشراب سواء أكان موجودًا أم غير موجود.

مظاهر اضطرابات اللغة:

تشمل اضطرابات اللغة اربعة مظاهر رئيسة، هي:

١. اضطرابات النطق Speech Disorders
٢. اضطرابات الصوت Voice Disorders
٣. اضطرابات الكلام Speech Disorders
٤. اضطرابات اللغة (حسب وقت ظهورها) .

١. اضطرابات النطق: Speech Disorders

النطق نشاط اجتماعي يصدر عن الفرد، تتدخل فيه عدة توافقات عصبية دقيقة مركبة يشترك في أدائها مركز الكلام في المخ، والتي تسيطر عليها الأعصاب والتي تقوم بتحريك العضلات التي تقوم بإخراج الصوت.

وتعرف اضطراب النطق بأنها مشكلة أو صعوبة في إصدار الأصوات اللازمة للكلام بالطريقة الصحيحة، يمكن أن تحدث عيوب النطق في الحروف المتحركة أو في الحروف الساكنة أو في تجمعات من الحروف الساكنة كذلك، يمكن أن يشمل الاضطراب بعض الأصوات أو جميع الأصوات، في أي موضع من الكلمة، تعتبر عيوب النطق حتى الآن أكثر أشكال اضطرابات الكلام شيوعًا، ومن ثم تكون الغالبية العظمى من حالات اضطرابات النطق التي يمكن أن نواجهها في الفصول الدراسية أو في المراكز العلاجية.

أنواع عيوب النطق:

أنواع عيوب النطق يمكن تمييز بأربع أنواع رئيسة من عيوب النطق هي: الحذف والإبدال والتحريف والإضافة، وفيما يلي نتناول هذه الأنواع الأربعة من عيوب النطق بشيء من التفصيل:

١. **الحذف Omission: في هذا النوع من عيوب النطق يحذف الطفل صوتًا ما من الأصوات التي تتضمنها الكلمة، ومن ثم ينطق جزءًا من الكلمة فقط، قد يشمل الحذف أصواتًا متعددة وبشكل ثابت يصبح كلام الطفل في هذه الحالة غير مفهوم على الاطلاق حتى بالنسبة للأشخاص الذين يألفون الاستماع اليه كالوالدين وغيرهم، تميل عيوب الحذف لأن تحدث لدى الأطفال الصغار بشكل أكثر شيوعًا مما هو ملاحظ بين الأطفال الأكبر سنًّا، كذلك تميل هذه العيوب إلى الظهور في نطق الحروف الساكنة التي تقع في نهاية الكلمة أكثر مما تظهر في الحروف الساكنة في بداية الكلمة أو في وسطها.**

٢. **الإبدال Substitution: توجد أخطاء الابدال في النطق عندما يتمُّ إصدار صوت غير مناسب بدلاً من الصوت المرغوب فيه، على سبيل المثال قد يستبدل الطفل حرف (س) بحرف (ش) أو يستبدل حرف (ر) بحرف (و) مرة أخرى تبدو عيوب الابدال أكثر شيوعًا في كلام الأطفال صغار السنِّ من الأطفال الأكبر سنًّا، هذا النوع من اضطراب النطق يؤدي إلى خفض قدرة الآخرين على فَهم كلام الطفل عندما يحدث بشكل متكرر.**

٣. **التحريف Distortion : توجد أخطاء التحريف عندما يصدر الصوت بطريقة خاطئة، إلا أن الصوت الجديد يظل قريبًا من الصوت المرغوب فيه، الأصوات المحرفة لا يمكن تمييزها أو مطابقتها مع الأصوات المحددة المعروفة في اللغة، لذلك لا تصنف من جانب معظم الاكلينيكيين على أنها عيوب إبدالية على سبيل المثال قد يصدر الصوت بشكل هافت نظرًا لأن الهواء يأتي من المكان غير صحيح أو لأن اللسان لا يكون في الوضع الصحيح أثناء النطق، يبدو أن عيوب تحريف النطق تنتشر بين الأطفال الأكبر سنًّا وبين الراشدين أكثر مما تنتشر بين صغار الأطفال.**

٤. **الإضافة Addition : توجد عيوب الاضافة عندما ينطق الشخص الكلمة مع زيادة صوت ما أو مقطع ما إلى النطق الصحيح يعتبر هذا العيب أقل عيوب النطق انتشارًا. خلال مراحل النمو العادي للكلام واكتساب مهارات النطق، يقوم الأطفال عادة بحذف أو ابدال أو تحريف الأصوات اللازمة للكلام، يلاحظ أن أخطاء الإبدال هي أكثر العيوب شيوعًا من بين عيوب النطق النمائية، وعلى ذلك ليس من المستغرب أن يخطئ طفل الرابعة من العمر في نطق بعض الحروف مثل حرف (ث) أو حرف (ر)، لكن لو أن طفلاً يبلغ السابعة من عمره أخطأ في نطق بعض الحروف مثل حرف (ب) أو حرف (ك) فمما لا شك فيه أن هذا الطفل يعاني من صعوبة من صعوبات النطق. يمكن أن يحدث أي نوع من الأنواع الأربعة من عيوب النطق، كذلك يمكن أن يتضمن كلام الطفل عيبًا واحدًا من عيوب النطق، أو قد يتضمن مجموعة من هذه العيوب أيضًا، فإن عيوب النطق عند الأطفال كثيرًا ما تكون غير ثابتة وتتغير من مرحلة النمو إلى مرحلة أخرى، علاوة على كل ذلك، فإن الطفل قد ينطق الصوت الواحد صحيحًا في بعض الأوقات أو المواقف، لكنه يحذف أو يبدل أو يحرف نفس الصوت في أوقات أو مواقف أخرى.**

من الأمور بالغة الأهمية بالنسبة للأخصائي الإكلينيكي في عيوب النطق أن يحدد ما إذا كان خطأ ما من أخطاء النطق يعتبر عيبًا حقيقيًّا من عيوب النطق أم أنه خطأ من الأخطاء اللغوية، ترجع أهمية هذا التمييز إلى أن أهداف العملية العلاجية وأساليبها تختلف تمامًا بالنسبة للحالتين. وتتفاوت حدة عيوب النطق من عيوب خفيفة إلى حادة، في الحالات التي تكون فيها عيوب النطق من النوع الحاد يصعب فهم كلام الطفل من ناحية الأخرى، يعاني الطفل معاناه شديدة عندما يحاول التعبير عن أفكاره أو حاجاته الخاصة في المحيط الأسرى أو المدرسي أو في علاقاته مع الزملاء، إلا أن مدى الإعاقة في وضوح كلام الطفل ليست العامل الوحيد الذي يؤثر في الحكم على درجة حدة

الاضطراب، فالعمر الزمني للطفل يعتبر عاملاً مهمًا وبخاصة في ضوء الطبيعة النمائية للنطق والكلام التي سبقت الإشارة اليها عندما يخطئ الطفل البالغ السابعة من عمره في نطق أصوات الكلام النمائية المبكرة فإنه يعاني من اضطراب أكثر حدة من طفل آخر من نفس سنّه، لكنة لا يخطئ إلا في نطق الأصوات النمائية المتأخرة فقط، كذلك فإن عيوب النطق الثابتة والراسخة عند الطفل الأكبر ستًا، عادة ما تكون أكثر حدة صعوبة في العلاج من الأخطاء غير الراسخة عند طفل آخر أصغر سنًا بوجه عام، يمكن القول :إن الأخطاء الثابتة أقل قابلية للعلاج من الأخطاء الطارئة أو الوقتية.

من ناحية أخرى فإن عدد عيوب النطق وأنواع هذه العيوب عامل مؤثر أيضًا في تحديد درجة الاضطراب مع مراعاة أن عيوب الحذف تعتبر على مستوى طفولي أكثر من عيوب الابدال أو التحريف، كذلك فإن العيوب التي تتضمن أصواتًا تتكرر كثيرًا في اللغة تكون ملحوظة بدرجة اكبر، كما أنها تنعكس على وضوح الكلام بدرجة أكبر من الأخطاء التي تتضمن الأصوات النادرة أو قليلة التكرار في اللغة، وعندما يكون الطفل قادرًا على تصحيح عيوب النطق إذا ما توافرت الاستثارة السمعية والبصرية اللازمة، ويعتبر ذلك عادة دلالة علاجية جيدة، على أن الطفل سوف يكون قادرًا على تعلّم إصدار الأصوات الصحيحة اللازمة للكلام، أما الأصوات الخاطئة التي لا تكون قابلة للاستثارة أي عيوب النطق التي تستمر عند الطفل حتى مع توفير الاستثارة الإضافية والدلالات التي يقدمها المعالج يصعب في العادة تدريب الطفل على تصحيحها.

٢. اضطرابات الصوت Voice Disorders

هناك أصوات مميزة للرضع والأطفال والمراهقين والرجال والنساء وكبار السن من الجنسين، وكل مجموعة منها له سماته المميزة والتي تختلف عن المجموعة الأخرى، ونحن نحكم عليها من كونها طبيعية أو غير ذلك حين تؤدي الغرض الذي نتوقعه من الشخص وفقًا لعمره وجنسه وثقافته. وهكذا فعندما تختلف درجة الصوت وارتفاعه وجودته عن الأصوات المعتادة للآخرين من نفس العمر والجنس والخلفية

الثقافية المعتاد سماعها، فإننا نعتبره انحرافًا عن الطبيعي، ومن الواضح أن المعايير الشخصية للمستمع والتي تشتق من التدريب والخبرة هي أساس تلك الأحكام.

أشكال اضطرابات الصوت :

هناك العديد من أشكال اضطرابات الصوت، ومنها :

١- الصوت المكتوم: يحدث هذا الصوت نتيجة وجود آفة فيما بين قاعدة اللسان واللهاة، ويسمع الصوت عندما يتجه اللسان نحو البلعوم أثناء الكلام، ويعتبر الكلام المكتوم إحدى السمات المميزة لبعض اللهجات في العديد من المناطق الريفية.

٢- الصوت الطفلي: هو الصوت الذي نسمعه من بعض الراشدين أو الكبار، ويشبه في طبقته الصوتية طبقة صوت الأطفال الصغار، وهو صوت رفيع وحاد، بحيث يشعر السامع بأن هذا الصوت شاذ لا يتناسب مع عمر وجنس ومرحلة نمو الفرد المتكلم، فالصوت البشري يتطور ويتغير عادة في مرحلة الطفولة، وفي مرحلة البلوغ، ولدى الراشدين، وقد تستمر بعض العادات الصوتية والكلام لدى الطفل حتى بعد وصول الشخص لمرحلة الرشد، وعلى الرغم من عدم تعرّف السبب في ذلك حتى الآن، إلا أن البعض يرجع هذه الظاهرة إلى عوامل وراثية وولادية، أو إلى إصابات تصيب الأطفال في صغرهم مثل النزلات الصدرية، والتهابات الحنجرة والأوتار الصوتية، وقد يكون سبب هذه الظاهرة وظيفي يرجع الي بعض العوامل النفسية العميقة لدى الفرد والتي ترجع إلى طفولته، وتجعله يسلك في أصواته وهو راشد، سلوك الصغار في أصواتهم (نكوص في الصوت والكلام إلى مرحلة سابقة من النمو).

٣- الصوت الرتيب: هو ذلك الصوت الذي يخرج على وتيرة واحدة وإيقاع واحد، من دون القدرة على التغير في الارتفاع، والشدة، أو النغمة واللحن، مما يجعل هذا الصوت يبدو شاذًا وغريبًا، ويفقد القدرة على التعبير والتواصل الفاعل مع

الآخرين، ومثل هذه الحالات يمكن أن تحدث نتيجة الإصابة بحالة من الشلل تصيب المراكز المخية، وبخاصة منطقة الجسم المخطط من الدماغ، مما يؤدى إلى تصلب الأوتار الصوتية وجعل الصوت إما أجشًا خشنًا، أو رتيبًا.

٤- كلام الفم المغلق: هذه المشكلة ليس لها اسم محدد غير كلام الفم المغلق Closed mouth speech وهو أحد أنواع انحراف الرنين وينبغي ذكره لشيوعه في كثير من اللهجات، ويبدو كلام الشخص منخفضًا وغير واضح. إن العديد من الأفراد يحاولون التحدث بأسنانهم وغالبًا ما تكون شفاههم مفتوحة بشكل بسيط، وهناك توافقات فموية تؤدي إلي إفراط بسيط في الأصوات الأنفية ومكونات غير دقيقة لكل من الأصوات المتحركة والساكنة، إن هذا النوع من الكلام يشير إلى توتر شديد في الحنجرة نتيجة الصوت الأجش. إن التحدث بهذه الطريقة يتطلب جهدًا كبيرًا لإنتاج كلام يفهم بسهولة، ولا يظهر هذا عندما يكون التحدث سريع أثناء الكلام اليومي.

٥- اختفاء الصوت: حينما يعاني الشخص من اختفاء صوته يصعب عليه إخراج الأصوات، ويحدث هذا إما بسبب شلل الأوتار الصوتية، أو نتيجة إصابة الحنجرة، وبخاصة عندما يصاحبها حالة غضب وانفعال حاد، فنجد المريض يحاول الكلام ولكنه لا يستطيع. مما يجعله يستعين بالحركات الإيمائية، وهو في هذه الحالة أقرب ما يكون لحالة البكم، وبعض هذه الحالات يرجع إلى عوامل نفسية كما في فقدان القدرة على الكلام الهستيري.

٦- الصوت المرتعش: يتسم هذا الاضطراب الصوتي بظهور الصوت بشكل غير متناسق من حيث الارتفاع أو الانخفاض أو الطبقة الصوتية، ويكون سريعًا، ومتواترًا، ونلاحظ هذا الصوت لدى الأطفال، أما الراشدين فيظهر لديهم في مواقف الخوف الحاد ، والانفعال، في حين يظهر هذا الاضطراب لدى الفرد نتيجة إصابته بالتهابات دماغية تجعل الفرد عاجزًا عن التوافق بين حركات أعصابه، وذلك

حسب الاحتياجات الوظيفية اللازمة، وفي مثل هذه الحالات تكون عملية التنفس هي المسيطرة على الكلام وليست هي المساعدة في إخراج الكلام كما في الحالات الطبيعية، لذلك لا يكون الصوت واضحًا.

٧- **بحة الصوت:** يتسم الصوت المبحوح بأنه خليط ما بين صوت الهمس وصوت الخشونة معًا، وغالبًا ما يكون ذلك نتيجة الاستخدام السَّيِّئ للصوت (الصياح الشديد أو الغناء بصوت مرتفع لوقت طويل)، وحالات التهاب الحنجرة، ونزلات البرد، والتهاب اللوزتين، والإجهاد الكلامي، أو قد يكون عَرضًا من الأعراض المرضية للحنجرة، وأثناء هذا الاضطراب يصدر الصوت من ثنيات الأوتار الصوتية الصغيرة، ويكون التنفس في مثل هذه الحالات صعبًا، والصوت غير واضح.

٨- **الصوت الخشن أو الغليظ:** يتسم هذا الصوت بأنه غير سار، وعادة يكون مرتفعًا في شدته ومنخفضًا في طبقته، ومثل هذا الصوت غالبًا ما يكون فجائيًّا ومصحوبًا بالتوتر الزائد والإجهاد، ويمكن أن تكون خشونة الصوت لدى الصغار بسبب الصراخ العالي أو الغناء والصياح بصوت مرتفع. كما أن الأفراد ذوي المزاج العدواني غالبًا ما يجهدون الأوتار الصوتية أثناء صراخهم، وحديثهم، وتظهر أعراض الصوت الخشن لدى الراشدين، ولدى البائعين، والمعلمين، ولدى الذين يعملون في وظائف تتطلب منهم الكلام بصوت مرتفع ولفترة طويلة مما يؤدي إلى إجهاد الأوتار الصوتية وإصابتها بعقد الأوتار الصوتية.

٩- **الصوت الخافت:** هو ذلك الصوت الخافت الذي يكون مصحوبًا في بعض الأحيان بتوقف كامل للصوت، ويتسم بالضعف والتدفق المفرط للهواء، حيث يحاول المريض أن يتكلم أثناء الشهيق مما يؤدى إلى نقص حجم الكلام بسبب تحديد حركات العضلات التنفسية، فلا يستطيع المريض الصراخ، مما يجعل صوته هامسًا، ويصاحب عملية الهمس شلل الوترين الصوتيين.

١٠- الخنف: هذا الاضطراب يحدث بسبب إخراج الصوت عن طريق التجويف الأنفي، وعدم انغلاق هذا التجويف أثناء النطق بالأصوات التي يطلق عليها الأصوات الأنفية، وهذا الاضطراب يصيب الصغار كما يصيب الكبار، والذكور والإناث، ويجد المصاب صعوبة في إخراج جميع الأصوات المتحركة والساكنة، حيث يتم إخراج هذه الأصوات بطريقة مشوهة غير مألوفة، مع حدوث إبدال وتشويه وحذف لبعض الأصوات، ويصبح الشخص هنا موضع ضحك وسخرية من الآخرين، وهذا ما يزيد من حدة قلقه، وصمته، وعدم ثقته بنفسه، وانطوائه، ويرجع السبب في ذلك في معظم الحالات إلى وجود شقّ في سقف الحنك الصلب والمرن، أو الاثنين معًا.

أسباب اضطرابات الصوت وعلاجها:

هناك عاملان رئيسان يلعبان دورًا مهماً في الإصابة باضطرابات الصوت، هما :

- أولاً: المشكلات المرتبطة بالعوامل العضوية: إن العديد من اضطرابات الصوت تحدث نتيجة مشكلات عضوية، وعلاج هذه المشكلات عادة يكون مسئولية الأطباء المتخصصين.
- ثانيًا: المشكلات المرتبطة بالعوامل النفسية: إن المشكلات الانفعالية التي ترتبط بالمواقف المنزلية أو العملية أو المدرسية قد تؤثر في وظيفة الحنجرة ومن ثم إعاقة الصوت. وهناك العديد من الأمثلة التي تسبب فيها أمراض الحنجرة احتباس في الصوت والتي تبدأ بعد إعاقة الوظيفة البيولوجية بشكل كامل، ومن المحتمل أيضًا أن يلعب احتباس الصوت دور الحماية والوقاية في حياة بعض الأفراد؛ وبالتالي يطول احتباس الصوت لديهم.

إن غلظة الصوت التي تعود إلى أسباب نفسية تشير إلى اهتزاز الأوتار الصوتية من دون أن تغلق، وقد يرتبط ذلك بالمحيط المنزلي أو محيط العمل الذي يتطلب أصواتًا كثيرة، إن هذا النمط من التحدث من الممكن أن يصبح بسهولة عادة. وهناك شكل آخر من

غلظة الصوت النفسية يحدث عندما تتجمع الأوتار الصوتية بطريقة محكمة بدرجة لا تهتز معها بشكل طبيعي، وعندما تحدث زيادة في الابتعاد فإن الصوت قد يصبح أجشاً ومنخفض الدرجة. إن الصوت الأجش هو الذي يعرف بالصوت الغليظ، إن الأشكال المختلفة للصوت الأجش ترتبط بزيادة غلق لسان المزمار وتعرف بغلظة الصوت مفرطة التوظيف.

علاج اضطرابات الصوت :

إن علاج اضطرابات الصوت يشتمل على ثلاث إجراءات مميزة ومتداخلة حيث تعتمد على بعضها البعض، وهي :

- الأول: الإجراء الطبي: الذي يشتمل علي العلاج الجراحي، والعلاج الطب نفسي.
- الثاني: الإجراء البيئي: الذي يشتمل على تعديل بيئة المريض لمساعدته على التوافق مع البيئية التي يعيش فيها .
- الثالث: إعادة تأهيل الصوت بشكل مباشر؛ ويشتمل على أنشطة التدريب التي تتعلق بخفض الاضطراب وتحسين الصوت.

٣. اضطرابات الكلام:

ويقصد بذلك تلك الاضطرابات اللغوية المتعلقة بالكلام وما يرتبط بذلك من مظاهر ترتبط بطريقة تنظيم الكلام ومدته وسرعته ونغمته وطلاقته، وتشمل اضطرابات الكلام المظاهر التالية:

١. التأتأة في الكلام: في هذه الحالة يكرر المتحدث الحرف الأول من الكلمة عدداً من المرات أو يتردد في نطقه عدداً من المرات ويصاحب ذلك مظاهر جسمية انفعالية غير عادية مثل: تعبيرات الوجه أو حركة اليدين.

٢. السرعة الزائدة في الكلام: وفي هذه الحالة يزيد المتحدث من سرعته في نطق الكلمات، ويصاحب تلك الحالة مظاهر جسمية وانفعالية غير عادية أيضًا مما يؤدي إلى صعوبة فهم المتحدث ومشكلات في الاتصال الاجتماعي.
٣. ظاهرة الوقوف أثناء الكلام: وفي هذه الحالة يقف المتحدث عن الكلام بعد كلمة أو جملة ما لفترة غير عادية، مما يشعر السامع بأنه انتهى كلامه مع أنه ليس كذلك، وتؤدي اضطرابات الكلام أيا كانت إلى صعوبات في التعبير عن الذات تجاه الآخرين.
٤. اللثغة: وهي استبدال حرف بحرف مشابه مثل س، بالتاء (مدرسة، مدرثة، سكر، سثر) أو الراء باللام، وبالغين وبالياء، والقاف بالكاف.
٥. الخمخمة: وهي خروج الكلام من الأنف.
٦. الطمطمة: وهي إبدال الطاء بالتاء.
٧. الفأفأة : التردد في نطق حرف الفاء.
٨. التمتمة: التردد في نطق حرف التاء والميم .
٩. اللعثمة: التردد في نطق الحروف أو تكرار مقاطعها .
١٠. اللفف: إدخال بعض الكلمات في بعضها .
١١. الترخيم: هو حذف بعض الكلمات لتعذر نطقها .
١٢. الغمغمة: عدم تباين مقاطع الحروف.
١٣. المقمقة: هي التكلم من أقصى الحلق.
١٤. الثرثرة.
١٥. بطء الصوت، وبطء سرعته.
١٦. بحة الصوت، غلظته، شدته.

١٧. **نعومة الصوت الزائدة** " تدليع الصوت".

وتتعدد أمراض الكلام المنتشرة بين الأطفال الصغار، لكننا سنوجزها في أهم هذه الاضطرابات شيوعًا بين الأطفال وهي: التأتأة، اللجلجة، والعي، والتلعثم:

(١) التأتأة Stuttering

وهو اضطراب في سيولة الكلام بشكل يلفت النظر، مما يعيق التحدث مع الآخرين والتواصل معهم، والمتأتأئ يكرر حرفًا أو مقطعًا أو كلمة ويأخذ بمدِّ الحرف مدًّا طويلاً بشكل لا إرادي مما يسبب له الحرج والخجل والارتباك مصحوبة باضطراب في التنفس، بحركات غريبة في اللسان والفك، تحركات في الجذع والأطراف وتعبيرات غير عادية في الوجه، مما يجعل المتأتأين أقل رغبة في الكلام، خجولين، منعزلين، شديدي الحساسية، وهي لدى الذكور أكثر منها لدى الإناث.

كما يقصد بالتأتأة التردد والاضطراب وانقطاع في سلسلة الكلام، حيث إنها حركات زائدة لدى المصاب عمّا يتطلبه الكلام العادي، وتظهر هذه الحركات في اللسان والشفتين والوجه واليدين. وتظهر عادة من عمر(٢-٥سنوات) والطفل العادي ممكن أن تظهر عليه أعراض التأتأة، ولكنها تختفي عند عمر الرابعة.

يقصد بها ايضًا إبدال حرف بحرف آخر، ففي الحالات البسيطة ينطق الطفل الذال بدلاً من السين، والواو أو اللام أو الياء بدلاً من الراء، وقد يكون ذلك نتيجة لتطبع الطفل بالوسط الذي يعيش فيه. وقد ينشأ ذلك نتيجة تشوهات في الفم أو الفك أو الأسنان تحول من دون نطق الحروف على وجهها الصحيح.

وينطق الطفل في الحالات الشديدة بألفاظ كثيرة غير مفهومة، وهذا ينتج عن عيب في سمع الطفل يمنعه من تمييز الحروف والكلمات التي يسمعها ممنْ حوله، ونطق

السين ثاء من أكثر عيوب الكلام انتشاراً. لذلك هناك تمرينات تساعد الطفل على التخلص من هذه العيوب يمكن اتباعها مع أخصائي العلاج.

خصائص التأتأة:

- حدوث إطالة في الكلام
- ترديد لأصوات لغوية أو مقاطع أو كلمات وانحباس فى الكلام.
- يصاحبه رمش الجفون وهزّ الرأس.
- الشعور بالخوف والاحباط والخجل الشديد.

مراحل تطور التأتأة:

- **المرحلة الأولى:** تأتأة بسيطة للأعمار من (٢-٨) سنوات(ترديد جزء من الكلمة، وإطالة في الأصوات.
- **المرحلة الثانية:** تأتأة متوسطة(٦-١٣سنة) وهى تردد جزء من كلمه من مقطع واحد، وإطالة الأصوات.
- **المرحلة الثالثة:** تأتأة متقدمة، الاعمار منن (١٣سنة) فيما فوق، ويحدث بها احتباس للكلام، وترديد بعض الأصوات، تزداد مشاعر القلق والشعور بالنقص والعدوان.

أسباب التأتأة:

١. **أسباب عضوية:** اختلاف تقاسيم الجهاز العصبي، وارتباك في توزيع الكلام بين نصفي المخ، فالطفل لا يستمع لصوته بالسرعة التي يسمعها الإنسان العادي.
٢. **أسباب نفسية:** القلق -الخوف -الاحباط في الامتحانات.
٣. **أسباب بيئية:** قد ترجع إلى أسباب أسرية أو مدرسية سواء نتيجة التدليل الزائد أو الإهمال.

طرق الوقاية:

١. عدم إجبار الطفل على تعلّم الكلام عنوة.
٢. تهيئة جو هادئ للطفل يسوده الانسجام والتقبل.
٣. تنمية الشعور بالكفاءة وخفض التوتر.

علاج التأتأة:

- التعرف على التأتأة وتفهم طبيعتها.
- التخفيف من الخوف والاحباط.
- تغير وجهة نظر الشخص، تقبل التأتأة واعتبارها مشكلة يمكن التغلب عليها.
- الحدّ من الخصائص الجانبية المصاحبة للتأتأة (رمش الجفون- هز الرأس).
- متابعة الطفل للحدَّ من أي انتكاسة في سلاسة الكلام.

دور الأسرة في مواجهة المشكلة:

١. التأكد من عدم وجود عيب ولادي.
٢. عدم إبداء اهتمام مباشر للمشكلة حتى لا يخاف الطفل.
٣. محاولة تحسين الوضع النفسي للطفل.
٤. شغل ذهن الطفل بأن المشكلة ستنتهي.
٥. عدم النظر للمشكلة بأنها أمر خطير.
٦. تشجيع الطفل على الحديث وعدم تصحيح كلامه ومقاطعته.
٧. إعطاء ثقة في نفس الطفل.
٨. عدم تقليد تأتأة الطفل، وعدم تشجيع الطفل على النطق الخطأ.

دور المعلمين في مواجهه المشكلة:

١. تشجيع الطفل علي ممارسة الأنشطة المختلفة.
٢. عدم السخرية من الطفل.
٣. تشجيع الطفل على الكلام وسط الجماعة.

٤. إشعار الطفل بالثقة بالنفس.

٥. تحسين علاقة الطفل بالمعلمين.

نصائح عامة للأم والمعلمة للتعامل مع المشكلة:

١. تشجيع الطفل على الحديث.

٢. تجنبي أن تطلبي منه إتقان الكلام، واجعلي التحدث نوعًا من التسلية.

٣. ساعدي الطفل على الاسترخاء عند حدوث المشكلة.

٤. عدم تصحيح كلام الطفل.

٥. عدم مقاطعة الطفل عندما يتكلم.

٦. لا تطلبي من الطفل أن يكرر كلامه من جديد.

٧. عدم مناقشة المشكلة في حضور الطفل.

٨. اطلبي من الآخرين عدم تصحيح كلام الطفل.

٩. اشعري الطفل بالطمأنينة وأنه مقبول.

١٠. ساعديه على التكلم ببطء.

١١. اعطي للطفل وقتًا كافيًّا ليقول ما يريد.

١٢. خصصي وقتًا كافيًّا للتحدث مع الطفل الذي لديه المشكلة.

١٣. لا تترددي في طلب مساعده أخصائي في التحدث والنطق.

(٢) اللجلجة

هي من أكثر عيوب النطق شيوعًا بين الأطفال، وأسبابها معقدة، ولكن النظرية القائلة :إن أساسها ومنشأها يرجعان إلى عوامل نفسية هي أكثر النظريات العلمية شيوعًا وقبولاً.

فاللجلجة هي احتباس الكلمات، حيث تنفجر الكلمة بين شفتي الطفل مضطربة بعد مخاض عسير ومعاناة شديدة تتمثل في حركات ارتعاش متكررة (تحريك الكتفين، واليدين الضغط بالقدمين على الأرض، ارتعاش رموش وجفون العين، إخراج اللسان من الفم، الميل بالرأس إلى الأمام والخلف إلى الجانب، أو في شكل تشنج موقفي يكون كاحتباس في الكلام يعقبه انفجار وانطلاق بطاقة زائدة).

ولعل أهم العوامل التي ترجع إليها الإصابة بمرض اللجلجة هو ما يشعر به المريض من قلق نفسي وانعدام الشعور بالأمن والطمأنينة منذ طفولته المبكرة، ويمكننا أن نتبين أثر القلق وانعدام الأمن عند الطفل من الأثر الانفعالي الذي يعاني منه عندما يتكلم فلأنه يشعر بالقلق فإنه يصبح متوترًا لذلك يتلعثم ويتلكأ في إخراج الكلام بصورة تامة نتيجة لتخوفه المواقف التي يخشى مواجهتها، أو عندما يكون في صحبة أشخاص غرباء، وبمرور الأيام يتعود الطفل اللجلجة، وقد يزداد معه الشعور بالنقص وعدم الكفاءة.

والواقع فإن الطفل الذي يعاني من اللجلجة يستطيع التكلم بطلاقة في بعض الأحيان عندما يكون هادئ البال أو أن يكون بمعزل عن الناس أن مثل هذه المواقف تخلو تمامًا من الخوف والاضطرابات الانفعالية التي يعاني منها عندما يضطر إلى الكلام في مواجهة بعض الأشخاص وعلى الأخص ممن يتهيبهم.

وقد دلّ كثير من البحوث العلمية على أن الأسباب الأساسية للقلق النفسي الذي يكمن وراء اللجلجة تتلخص في إفراط الأبوين ومغالاتهم في رعاية وتدليل الطفل أو محاباته وايثاره على إخوته، أو العكس كأن يفتقر الطفل إلى عطف الأبوين، أو العيش في جو عائلي يسوده الصراع بين أفرادها، أو لتضارب أساليب التربية أو لسوء التوافق والإخفاق في التحصيل المدرسي.

وقد يكون سبب اللجلجة عند بعض الأطفال هو عدم تمكنهم من اللغة بالقدر الذي يجعلها طوع أمرهم وفي متناولهم، فيؤدي تزاحم الأفكار بسبب قصور ذخيرتهم اللغوية واللفظية إلى اللجلجة. وقد يكون سبب اللجلجة أحيانًا أن الطفل يتكلم في موضوع لا يهمه أو يعنيه أو لا يفهمه معتمدًا على الحفظ الآلي وبذلك تكون اللجلجة وسيلته كلما ضاع منه اللفظ المناسب.

(٣) العي

يقصد بالعي تلك الحالة التي يعجز الفرد فيها عن النطق بأي كلمة بسبب توتر العضلات الصوتية وجمودها، ولذلك نرى الفرد الذي يعاني من العي يبدو كأنه يبذل مجهودًا خارقًا حتى ينطق بأول كلمة في الجملة فإذا تمَّ له ذلك يندفع كالسيل حتى تنتهي الجملة ثم يعود بعدها إلى نفس الصعوبة حتى يبدأ الجملة الثانية وهكذا.

ومن الثابت علميًّا أن أغلب حالات العي أسبابها نفسية وإن كان بعضها تصاحبه علل جسمانية كالتنفس من الفم، أو اضطرابات في الجهاز التنفسي أو تضخم اللوزتين أو لحمية في الأنف إلى غير ذلك.

وكثير من حالات العي تبدأ في أول الأمر في شكل لجلجة وحركات ارتعاش متكررة تدل على المعاناة من اضطرابات انفعالية واضحة ثم يتطور الأمر بعد ذلك إلى العي الذي يظهر فيه حالات التشنج التواقفي، ويبدو على المريض أعراض المعاناة والضغط على الشفتين وتحريك الكفين أو اليدين، أو الضغط بالقدمين على الأرض أو الإتيان بحركات هستيرية في رموش وجفون العينين، وكلها أعراض تدل على الصعوبة التي يعاني منها المريض عند محاولة الكلام خصوصًا في المواقف الاجتماعية الصعبة.

وواقع الأمر فإن الحركات العشوائية وغير العشوائية والهستيرية التي يأتيها المريض إنما يهدف منها إلى أن تساعده على التخلص من عدم القدرة على الكلام والتخلص أساسًا من التوتر النفسي الذي يعوقه عن إخراج الكلام.

(٤) التلعثم

يقصد بالتلعثم عدم قدرة الطفل على التكلم بسهولة فتراه يتهته، ويجد صعوبة في التعبير عن أفكاره فتارة ينتظر لحظات حتى يتغلب على خجله، وأخرى يعجز تماما عن النطق بما يجول في خاطره.

والتعلثم ليس ناشئًا عن عدم القدرة على الكلام فالمتلعثم يتكلم بطلاقة وسهولة في الظرف المناسب أي إذا كان يعرف الشخص الذي يكلمه، أو إذا كان أصغر منه سنًّا أو مقامًا. وأول ما يشعر به المتلعثم هو شعور الرهبة أو الخجل ممنْ يكلمه فتسرع نبضات قلبه ويجف حلقه ويتصبب عرقًا، فيتمنى لو أمكن أن يملك عواطفه ويستعيد هدوءه حتى يتابع الكلام في سهولة.

ويبدأ التلعثم عادة في سنِّ الطفولة، وقد يشفى الطفل منه، ولكن يعاوده من جديد إذا أصيب بصدمة نفسية حتى ولو كان مضى على شفائه سنين عديدة.

والطفل إذا شعر بهذا النقص نشبت في نفسه حرب داخلية للتغلب على هذا النقص، ومما يزيده بؤسا ملاحظات من حوله على طريقة كلامه أو تعمد إحراجه.

أسباب مشكلة التلعثم:

- قد تتقلص عضلات الحنجرة نتيجة خوف أو رهبة فتحجز الكلمات قبل خروجها ولا يقوى الطفل على النطق بأي كلمة أو يقول أأأ ، ولا يستمر أكثر من ذلك حتى يزول خوفه وتتفتح حنجرته.

- قد لا يتنفس الطفل تنفسًا عميقًا قبل بدء الكلام فينطق بكلمة أو كلمتين ثم يقف ليتنفس، ويستمر كذلك بين تكلم واستراحة فيكون كلامه متقطعًا.
- قد يتنفس الطفل تنفسًا عميقًا قبل الكلام، ولكنه يسرف في استعمال الهواء الموجود في رئتيه فيستنفده في بضع كلمات.
- قد يكون التوازن معدومًا بين عضلات الحنجرة واللسان والشفتين فينطق بأحد الحروف قبل الآخر، أو يدغم الحروف بعضها في بعض.

فالطفل المتلعثم في الفصل المدرسي موقفه صعب للغاية فهو يدرك عدم قدرته على التعبير بفصاحة ووضوح عمّا يخالج نفسه، ويجد لذلك أمامه طريقين إما أن يصمت ولا يجيب عن أسئلة المعلم، وإما أن يبذل جهده ليعبر عمّا في نفسه وهو يعلم أن أقرانه في الفصل يتغامزون عليه.

أهم أسباب اضطرابات الكلام :

هناك العديد من الأسباب التي تؤدي إلى اضطرابات الكلام، منها:

١. أسباب جسمية: " تشوه الأسنان، اللحمية، الزوائد الأنفية "، تضخم اللوزتين، اشتقاق الشفة العليا، ضعف السمع، عيوب الجهاز الكلامي (الحنك، اللسان، الأسنان، الشفتان، الفكان).
٢. أسباب عصبية: اضطراب الأعصاب المتحكمة في الكلام، إصابة المراكز الكلامية في المخ بتلف ضعف التحكم بالأعصاب في أجهزة النطق، الضعف العقلي.
٣. أسباب وراثية: بينت الدراسات أن(٦٥٪) من المصابين ينحدرون من أسرة بها شخص مصاب، فيرث الطفل الاستعداد لهذه العلة بالإضافة إلى التقليد والمحاكاة.

٤. إجبار الطفل الأعسر (الذي يستخدم اليد اليسرى) على الكتابة باليد اليمنى.
٥. ضعف التوافق بين سهولة التعبير وسرعة التفكير.
٦. المفاجأة ومحاولة الكلام المرتجل وبخاصة عند الخوف في المواقف الجديدة أمام الناس أو أمام المذياع.
٧. تعدد اللغات في وقت واحد.
٨. الاستجابة لحاجات الطفل من دون الحاجة إلى الكلام.
٩. الأسرة قليلة الكلام كثيرة السكوت.
١٠. تدفق الأفكار بسرعة هائلة لا تستطع الأجهزة الصوتية استيعابها بسهولة.
١١. استعجال الآباء وضغطهم على الأطفال في النطق من دون مراعاة للنضج وفق فروقهم الفردية والأكثر من ذلك بعض الآباء يستخدم الترهيب والتخويف والتعليق والمعايرة وبعضهم يستخدم الرشوة للطفل من أجل ذلك.
١٢. التعليق على الطفل من الأهل والأقارب عندما ينطق كلمة واضحة سواء عندما يضحكون معه.

العوامل التي ساعدت في انتشار اضطرابات النطق والكلام:

- الإعاقات السمعية وضعف السمع والقصور في التمييز السمعي.
- ربط اللسان.
- خروج اللسان للخارج.
- عدم تطابق الفكين.
- شلل في عضلات النطق.
- عدم وجود تناسق في عضلات النطق.
- إصابة أحد الوالدين باضطرابات النطق.
- تقليد الطفل للوالدين المضطربين النطق.

- مستوى الأسرة الثقافي والاجتماعي.
- ترتيب الطفل في الأسرة.

خطوات علاج اضطرابات الكلام:

يحتاج علاج اضطرابات وأمراض الكلام إلى صبر وتعاون الآباء والأمهات، فإن لم يتعاونوا فشل العلاج أو طال أمده، وينحصر العلاج في الخطوات التالية:

١. **العلاج الجسمي Physical Therapy**: التأكد من أن المريض لا يعاني من أسباب عضوية خصوصًا النواحي التكوينية والجسمية في الجهاز العصبي، وكذلك أجهزة السمع والكلام، وعلاج ما قد يوجد من عيوب أو أمراض سواء أكان علاجًا طبيًّا أو جراحيًّا.

٢. **العلاج النفسي Psychotherapy**: وذلك لتقليل الأثر الانفعالي والتوتر النفسي للطفل، كذلك لتنمية شخصيته ووضع حد لخجله وشعوره بالنقص، مع تدريبه على الأخذ والعطاء حتى نقلل من ارتباكه. والواقع فإن العلاج النفسي للأطفال يعتمد نجاحه على مدى تعاون الآباء والأمهات لتفهمهم للهدف منه، بل يعتمد أساسًا على درجة الصحة النفسية لهم. وعلى الآباء معاونة الطفل الذي يعاني من هذه الاضطرابات بأن يساعدوه على ألا يكون متوتر الأعصاب أثناء الكلام، حساسًا لعيوبه في النطق، بل عليهم أن يعودوه على الهدوء والتراخي، وذلك بجعل جو العلاقة مع الطفل جوًا يسوده الود والتفاهم والتقدير والثقة المتبادلة. كما يجب على الآباء والمعلمين أيضًا محاولة تفهم الصعوبات التي يعاني منها الطفل نفسيًّا سواء في المدرسة أو في الأسرة كالغيرة من أخ له يصغره أو الحنق على أخ له يكبره، أو اعتداء أقران المدرسة عليه، أو غير ذلك من الأسباب، والعمل على معالجتها وحمايته منها لأنها قد تكون سببًا مباشرًا أو غير مباشر فيما يعانيه من صعوبات في النطق.

وقد يستدعي العلاج النفسي تغيير الوسط المدرسي بالانتقال إلى مدرسة أخرى جديدة إن كانت هناك أسباب تؤدي إلى ذلك. كما يراعى عدم توجيه اللوم أو السخرية للطفل الذي يعاني من اضطرابات الكلام سواء من الآباء أو الأمهات أو المعلمين أو الاقران.

٣. العلاج الكلامي Speech Therapy: وهو علاج ضروري ومكمل للعلاج النفسي ويجب أن يلازمه في أغلب الحالات. ويتلخص في تدريب المريض عن طريق الاسترخاء الكلامي والتمرينات الإيقاعية وتمرينات النطق - على التعليم الكلامي من جديد بالتدريج من الكلمات والمواقف السهلة إلى الكلمات والمواقف الصعبة، وتدريب جهاز النطق والسمع عن طريق استخدام المسجلات الصوتية. ثم تدريب المريض لتقوية عضلات النطق والجهاز الكلامي بوجه عام.

فيجب أن يلازم العلاج النفسي العلاج الكلامي، ونعالج الأعراض من دون أن نمس العوامل النفسية التي هي مكمن الداء، ولذلك فإن كثيرين ممن يعالجون كلاميًّا من دون أن يعالجوا نفسيًّا ينتكسون بمجرد أن يصابوا بصدمة انفعالية، أو انهم بعد التحسن يعودون إلى اللجلجة وتسوء حالتهم من جديد دونما سبب ظاهري.

ويجب على الآباء والمربّين عدم التعجل في طلب سلامة مخارج الحروف والمقاطع في نطق الطفل؛ ذلك لأن التعجيل والإصرار على سلامة مخارج الحروف والمقاطع والكلمات من شأنه أن يزيد الطفل توترًا نفسيًّا وجسميًّا ويجعله يتنبه لعيوب نطقه، الأمر الذي يؤدي إلى زيادة ارتباكه ويعقد الحالة النفسية ويزيد اضطراب النطق. مع مراعاة أن سلامة مخارج الألفاظ والحروف والمقاطع في نطق أي طفل يعتمد أساسًا على درجة نضجه العقلي والجسمي، ومدى قدرته على السيطرة على عضلات الفم واللسان، وقدرته على

التفكير، وفوق كل ذلك درجة شعوره بالأمن والطمأنينة أو مدى شعوره بالقلق النفسي.

٤. **العلاج البيئي Treatment of Environmental :** يقصد بالعلاج البيئي إدماج الطفل المريض في نشاطات اجتماعية تدريجيًّا حتى يتدرب على الأخذ والعطاء وتتاح له فرصة التفاعل الاجتماعي وتنمو شخصيته على نحو سوي، ويعالج من خجله وانزوائه وانسحابه الاجتماعي، ومما يساعد على تنمية الطفل اجتماعياً العلاج باللعب والاشتراك في الأنشطة الرياضية والفنية وغيرها. هذا كما يتضمن العلاج البيئي ارشادات للآباء القلقين إلى أسلوب التعامل السوي مع الطفل كي يتجنبوا إجباره على الكلام تحت ضغوط انفعالية أو في مواقف يهابها، إنما يتركون الأمور تتدرج من المواقف السهلة إلى المواقف الصعبة مع مراعاة المرونة لأقصى حد حتى لا يعاني من الإحباط والخوف، وحتى تتحقق له مشاعر الأمن والطمأنينة بكل الوسائل.

(٥) اضطرابات اللغة (حسب وقت ظهورها)

ويقصد بذلك تلك الاضطرابات اللغوية المتعلقة باللغة نفسها من حيث زمن ظهورها أو تأخيرها أو سوء تركيبها من حيث معناها وقواعدها أو صعوبة قراءتها أو كتابتها، وعلى ذلك تشمل اضطرابات اللغة المظاهر التالية:

أ) **تأخر ظهور اللغة:** في هذه الحالة لا تظهر الكلمة الأولى للطفل في العمر الطبيعي لظهورها وهو السنة الأولى من عمر الطفل، بل قد يتأخر ظهور الكلمة إلى عمر الثانية أو أكثر، ويترتب على ذلك مشكلات في الاتصال الاجتماعي مع الآخرين، وفي المحصول اللغوي للطفل، وفي القراءة والكتابة فيما بعد.

ب) صعوبة الكتابة: وفي هذه الحالة لا يستطيع الطفل أن يكتب بشكل صحيح المادة المطلوب كتابتها والمتوقع كتابتها ممنْ هم في عمره الزمني فهو يكتب في مستوى يقل كثيرًا عمّا يتوقع منه.

جـ) صعوبة التذكر والتعبير: ويقصد بذلك صعوبة تذكر الكلمة المناسبة في المكان المناسب، ومن ثم التعبير عنها وفي هذه الحالة يلجأ الفرد إلى وضع أية مفردة بدلاً من تلك الكلمة.

د) فقدان القدرة على فهم اللغة وإصدارها: في هذه الحالة لا يستطيع الطفل أن يفهم اللغة المنطوقة كما لا يستطيع أن يعبر عن نفسه لفظيًّا بطريقة مفهومة، ويمكن التعبير عنها بأنها فقدان القدرة على فهم اللغة أو إصدارها المكتسبة، والتي تحدث للفرد قبل اكتسابه اللغة، ويترتب على إصابة الفرد بهذه الحالة مشكلات في الاتصال الاجتماعي مع الآخرين، وفي التعبير عن الذات، وفي المحصول اللغوي للفرد فيما بعد، وتسبب مثل هذه المشكلات آثار انفعالية سلبية على الفرد نفسه.

هـ) صعوبة فهم الكلمات أو الجمل: ويقصد بذلك صعوبة فَهم معنى الكلمة أو الجملة المسموعة، وفي هذه الحالة يكرر الفرد استعمال الكلمة أو الجملة من دون فهمها.

و) صعوبة القراءة: في هذه الحالة لا يستطيع الطفل أن يقرأ بشكل صحيح المادة المكتوبة والمتوقع قراءتها ممنْ هم في عمره، فهو يقرأ في مستوى يقل كثيرًا عمّا يتوقع منه.

ز) صعوبة تركيب الجملة: يقصد بذلك صعوبة تركيب كلمات الجملة من حيث قواعد اللغة ومعناها لتعطي المعنى الصحيح، وفي هذه الحالة يعاني الطفل من صعوبة وضع الكلمة المناسبة في المكان المناسب.

وتتلخص عملية قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية في أربع مراحل أساسية متكاملة هي:

- المرحلة الأولى: مرحلة التعرف المبدئي على الأطفال ذوي المشكلات اللغوية: وفي هذه المرحلة يلاحظ الآباء والأمهات، والمعلمون والمعلمات، مظاهر النمو اللغوي، وبخاصة مدى استقبال الطفل للغة، وزمن ظهورها والتعبير بوساطتها والمظاهر غير العادية للنمو اللغوي مثل التأتأة، أو السرعة الزائدة في الكلام، أو قلة المحصول اللغوي، وفي هذه المرحلة يحول الآباء والأمهات أو المعلمون والمعلمات الطفل الذي يعاني من مشكلات لغوية إلى الأخصائيين في قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية.
- المرحلة الثانية: مرحلة الاختبار الطبي الفسيولوجي للأطفال ذوي المشكلات اللغوية: وفي هذه المرحلة وبعد تحويل الأطفال ذوي المشكلات اللغوية، أو الذين يشك في أنهم يعانون من اضطرابات لغوية، إلى الأطباء ذوي الاختصاص في موضوعات الأنف والأذن والحنجرة، وذلك من أجل الفحص الطبي الفسيولوجي، وذلك لتعرّف مدى سلامة الأجزاء الجسمية ذات العلاقة بالنطق، واللغة، كالأذن، والأنف، والحبال الصوتية، واللسان، والحنجرة.
- المرحلة الثالثة: مرحلة اختبار القدرات الأخرى ذات العلاقة للأطفال ذوي المشكلات اللغوية: وفي هذه المرحلة وبعد التأكد من خلو الأطفال ذوي المشكلات اللغوية من الاضطرابات العضوية يتم تحويل هؤلاء الأطفال إلى ذوي الاختصاص في الإعاقة العقلية، والسمعية، والشلل الدماغي، وصعوبات التعلّم؛ وذلك للتأكد من سلامة أو إصابة الطفل بإحدى الإعاقات التي ذكرت قبل قليل، وذلك بسبب العلاقة المتبادلة بين الاضطرابات اللغوية وإحدى تلك الإعاقات، وفي هذه الحالة يذكر كل اختصاصي في تقريره مظاهر الاضطرابات اللغوية للطفل ونوع الإعاقة التي يعاني منها، ويستخدم

ذو الاختصاص في هذه الحالات الاختبارات المناسبة في تشخيص كل من الإعاقة العقلية، أو السمعية، أو الشلل الدماغي، أو صعوبات التعلم.

- المرحلة الرابعة: مرحلة تشخيص مظاهر الاضطرابات اللغوية للأطفال ذوي المشكلات اللغوية: وفي هذه المرحلة وفي ضوء نتائج المرحلة السابقة، يحدد الأخصائي في قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية مظاهر الاضطرابات اللغوية التي يعاني منها الطفل، ومن الاختبارات المعروفة في هذا المجال:
  - اختبار الينوي للقدرات السيكولوجية، والذي يتكون من اثنى عشر اختبارًا فرعيًّا، ويصلح هذا الاختبار للفئات العمرية من سنِّ الثانية وحتى سنِّ العاشرة.
  - اختبار مايكل بست لصعوبات التعلّم، ويتكون هذا الاختبار من (٢٤) فقرة موزعة على خمسة أبعاد.

الخصائص السلوكية لذوي الاضطربات اللغوية:

١. الخصائص العقلية: ويقصد بالخصائص العقلية أداء المفحوص على اختبارات الذكاء المعروفة مثل: مقياس ستانفورد بينية، أو وكلسر، ويشير هلهان وزميله كوفمان إلى تدني أداء ذوي الاضطرابات اللغوية على مقاييس القدرة العقلية مقارنة مع العاديين المتناظرين في العمر الزمني، وفي الوقت الذي يصعب فيه تعميم مثل ذلك الاستنتاج إلا أن ارتباط الاضطرابات اللغوية بمظاهر الإعاقة العقلية أو السمعية والانفعالية أو صعوبات التعلّم أو الشلل الدماغي يجعل ذلك الاستنتاج صحيحًا إلى حدٍّ ما، وعلى ذلك فليس من التحصيل الأكاديمي، مقارنته مع العاديين، بخاصة إذا أضفنا أثر العوامل النفسية والاجتماعية في تدني التحصيل الأكاديمي لديهم.

٢. **الخصائص الانفعالية والاجتماعية:** ويقصد بالخصائص الانفعالية والاجتماعية تلك الخصائص المرتبطة بموقف ذوي الاضطرابات اللغوية من أنفسهم ومن موقف الآخرين منهم، ويسبب ارتباط بعض مظاهر الاضطرابات اللغوية بمظاهر الإعاقة العقلية أو السمعية والانفعالية أو صعوبات التعلّم أو الشلل الدماغي فليس من المستغرب أن نلاحظ تماثل خصائص ذوي الاضطرابات اللغوية مع خصائص الأطفال الذين يمثلون تلك الإعاقة من النواحي الانفعالية والاجتماعية، وإذا ذكرنا الأسباب النفسية المؤدية إلى الاضطرابات اللغوية مثل :الشعور بالرفض من الآخرين، أو الانطواء والانسحاب من المواقف الاجتماعية، أو الإحباط والشعور بالفشل، أو الشعور بالنقص أو بالذنب أو العدوانية نحو الذات أو نحو الآخرين، أو العمل على حماية أنفسهم بطرية مبالغ فيها أو ما يعبر عنه باسم الحماية الزائدة.

علاج مشكلات التواصل:

إن الهدف الرئيس للعلاج يتمثل في تدريب الطفل على إصدار الأصوات غير الصحيحة بطريقة صحيحة، ويكون البرنامج في شكل جلسات علاجية قد تكون فردية أو جماعية أو مشتركة معًا، يقوم بإعدادها أخصائي عيوب النطق، ولكل طبيب خبرته الخاصة في ذلك، ولكن تجدر الإشارة بأنه يجب على الطبيب أو الأخصائي أن يقوم بما يلي:

١- قياس معامل ذكاء الطفل لاستبعاد مشكلات التخلف العقلي.

٢- إجراء دراسة حالة للطفل تشمل أسرته وطرق تنشئته والأمراض التي أصيب بها ومشكلات النمو المختلفة.

٣- تشخيص الاضطراب وتعرّف سببه هل هو نفسي أم سيكولوجي غيره، وتعرّف نوع هذا الاضطراب وشدته والعلاجات التي استخدمت مع الحالة، والتأكد من أن الحالة لا تعود إلى مشكلات في السمع.

٤- مراقبة الطفل من خلال اللعب الحر ومشاهدته في التحدث والقفز وغيرها.

٥- ملاحظة قدرة الطفل على التوازن.

٦- ملاحظة مشكلات الطفل هل هي عدوانية أم انسحابية أم غيرها.

بعد القيام بهذه الإجراءات ترسم الخطة العلاجية، وقد تكون فردية أو جماعية وعلى المدرس أو الأخصائي القيام بما يلي:

- توظيف ما تعلّمه الطفل من أصوات جديدة أثناء القراءة الجهرية.
- مساعدة الطفل على تعرّف الكلمات من خلال تدريبه على التهجئة التي تحتوي على الأصوات التي يتدرب عليها في البرنامج العلاجي.
- إشراك الطفل في نشاطات خاصة بالنطق واللغة وتعليمه طرق إخراج الأصوات المختلفة وتدريبه على تمييز هذه الأصوات.
- عدم الاستهزاء من لغة الطفل.
- أن يعي ويحدد الأصوات المراد تعليم الطفل عليها في البرنامج العلاجي، وأن يعزز الطفل على تقليدها عن طريق التشجيع والاستحسان أو الجوائز المادية أو غيرها.
- تحويل الطفل إلى طبيب نفسي إذا كانت مشكلاته تعود لأسباب نفسية كالخجل مثلاً.

ثانياً: الخجل Shame

هو نوع من القلق الاجتماعي يؤدي لحدوث مشاعر بين القلق والتوتر، ويشمل عددًا من الأعراض، منها: قلة الكلام بحضور الغرباء، عدم القدرة على التعامل مع الأقران، شعور بالقلق والضيق عند الحديث، يكون الطفل منزوي ومنطوي على نفسه، لديه احمرار الوجه وشعور بالنقص، وتلعثم وارتباك، ولا ينظر لمنْ يتكلم معه، ولديه زيادة في نبضات القلب وتعرق وارتجاف في اليدين.

كما يتصف الطفل الخجول بالتردد، وعدم الثقة بالنفس، والانطواء، وإيثار العزلة والحديث بصوت خافت، وكل همه أن يتوارى عن الأنظار، وإذا حدث ووجد في جمع غرباء أو أقرباء فإن حمرة الخجل سرعان ما تكسو وجهه، ويتهرب الطفل الخجول من العلاقات الاجتماعية، فهو يختفي عن الأنظار إذا ما أتى زائر إلى المنزل، ويتجنب المشاركة مع أقرانه في ألعاب جماعية، وفي بعض الأحيان يعاني الخجول من اضطرابات في الحواس والنطق والذاكرة، وربما يؤدي اضطرابه النفسي إلى التأتأة واللجلجة وغيرها من اضطرابات الكلام.

وقد تلعب الوارثة دورًا كبيرًا في شدّة الخجل عند الأطفال فالجينات الوراثية لها تأثير كبير على خجل الطفل من عدمه، فالخجل يولد مع الطفل منذ ولادته، وهذا ما أكدته التجارب؛ لأن الجينات تنقل الصفات الوراثية من الوالدين إلى الجنين، والطفل الخجول غالبًا ما يكون له أب يتمتع بصفة الخجل، وإن لم يكن الأب كذلك فقد يكون أحد أقارب الأب كالجد أو العم .. إلخ.

أسباب مشكلة الخجل:

هناك العديد من الأسباب التي قد تسبب مشكلة الخجل لدى الأطفال، منها:

١- **الوراثة:** يرى بعض الباحثين أن فسيولوجية الدماغ عند الأطفال المصابين بالخجل هي التي تهيؤهم لأن يستجيبوا استجابات تتصف بالخجل، كما أن الجينات الوراثية لها تأثير كبير على خجل الأطفال، فالطفل الخجول غالبًا ما يكون له أب يتمتع بصفة الخجل، أو قد يتمتع بصفة الخجل، أو قد يتمتع أحد أقاربه بالخجل، فالطفل يرث بعض صفات والديه.

٢- **أُسلوب معاملة الوالدين للأبناء:** قد يكون لقلق الأم الزائد على طفلها ومراقبتها المستمرة لتصرفاته؛ بهدف حمايته من الأسباب التي تحول من دون انطلاقه، وعدم استمتاعه باللعب أو التواصل والتفاعل مع الأطفال الآخرين، كما أن التشدد في معاملة الطفل والإكثار من زجره وتوبيخه لأبسط الأسباب وبخاصة أمام أقرانه من العمر نفسه، يثير لدى الطفل الشعور بعدم الثقة بالنفس ومشاعر النقص، ويلجأ إلى الغياب عن أعين الآخرين.

٣- **الخلافات بين الوالدين:** تسبب الخلافات مخاوف غامضة لدى الطفل وتجعله يشعر بعدم الأمان مما يؤثر في نفسيته ويؤدي إلى الانطواء ويلوذ بالخجل.

٤- **عدم تعويد الطفل على الاختلاط بالآخرين:** إن جعل الطفل تابعًا للكبار وفرض رقابة شديدة عليه، يشعره بالعجز عند محاولة الاستقلال واتخاذ القرارات التي تخصه.

٥- **الشعور بالنقص:** يعدُّ الشعور الطفل بالنقص من أقوى مسببات الخجل، ويتولد هذا الشعور بسبب وجود عاهات جسمية لديه، وقد تعود مشاعر النقص عند الطفل نتيجة قلة مصروفه مقارنة بزملائه، أو رداءة ثيابه مقارنة بالزملاء أو عدم تمكنه من دفع ما يترتب عليه من اشتراكات تطلب منه من قبل المدرسة، أو اقتنائه أشياء لفترة طويلة ولا يستطيع تغييرها نظرًا لفقره.

٦- **التأخر الدراسي:** إن تأخير الطفل الدراسي عن باقي زملائه من الأمور الجوهرية التي تشعره بالخجل، وأنه أقل من مستوى زملائه. ولكن لا يعني

ذلك أن كل تلميذ خجول متأخر دراسيًّا، فكثير من التلاميذ الأوائل في المدرسة يعانون من الخجل لأسباب أخرى.

٧- تقليد الوالدين: عادة ما يكون للآباء الخجولين أبناء خجولين والعكس ليس صحيحًا، إذ إن الأبناء يقلدون آباءهم في الخجل وبخاصة عندما يدعم الآباء هذا السلوك لدى أبنائهم.

٨- شعور الطفل بعدم الأمن: إن الطفل الذي لا يشعر بالأمن والطمأنينة يتجنب الاختلاط مع الآخرين، إما لقلقه الشديد، وإما لفقدانه الثقة بالآخرين وخوفه منهم، أو من سخريتهم منه.

علاج مشكلة الخجل:

توجد أساليب متعددة يمكن الاستفادة منها في علاج الخجل عند الأطفال منها:

١- تحديد مصادر الخجل عن الطفل وكيف نشأت: لابد من التفكير في المواقف التي تسبب الخجل عند الأطفال وجعلها عادية ومشوقة وليست غريبة، لأن ذلك من شأنه إبعاد مشاعر القلق عنهم.

٢- لابد من تدريب الطفل الخجول على مواجهة المواقف الاجتماعية والتعامل مع الأطفال الآخرين والكبار، وهذا الأمر يحتاج إلى تدريب مدة حوالي عشر دقائق يوميًّا. ولابد أيضًا من تشجيعه على سرد قصة أمام الأهل أو الأصدقاء، ومكافأته على أدائه، وعدم الإكثار من الملاحظات في المراحل الأولى من التدريب، فكثير من الحالات تتحسن مع زيادة التجارب الناجحة والثقة بالنفس، وكثير منها يتحسن مع التقدم في العمر.

٣- تشجيع الطفل على التعبير عن نفسه بصراحة: لابد من تشجيع الطفل الخجول على التعبير، بصراحة ومن دون خوف، عن رغباته وحاجاته، وامتلاك الشجاعة للرفض أو الاعتراض عندما لا يرغب في شيء معين.

٤- عدم إهانة الطفل أو انتقاده أمام الآخرين: إن إهانة الطفل أو انتقاده أمام زملائه أو أمام الآخرين، يؤدي إلى شعور الطفل بالإهانة والنقص وقلة الحيلة مما يدفعه إلى الانسحاب من هذه المواقف والانعزال عن الآخرين.

٥- تدعيم ثقة الطفل بنفسه: إن بناء ثقة الطفل بنفسه يكون من خلال ذكر مواضع قوته ومواقف النجاح التي حققها وإنجازاته، ومن خلال قبول بعض الجوانب التي قد يعاني منها. ومن الضروري أيضاً ترك بعض الحرية للطفل لاكتشاف ما حوله بنفسه؛ لأنه يتعلّم من خلال التجربة. ولابد من تقبل بعض الأخطاء عند وقوع الطفل بها، والمساعدة في المحاولة مرة أخرى حتى يحقق النجاح؛ لأن ذلك يساعد في تدعيم ثقته بنفسه. ولا بدّ أيضاً من أن يشعر الطفل الخجول بالحب والودّ لكي يتقبل الأسباب الكامنة وراء خجله.

٦- تشجيع الطفل على الهوايات المفيدة: لابد من تشجيع الطفل على ممارسة هواياته؛ لأن ذلك من شأنه أن يكسبه احترامه لنفسه من خلال تحقيق إمكاناته والتفاخر بها. كما لابد من تشجيع الطفل على الاستمرار في ممارسة هذه الهوايات وتوجيهه حسب الإمكانات التي يمتلكها بما يحقق له النجاح، مع تشجيعه على التواصل مع الآخرين ومشاركتهم مناسباتهم؛ لأن ذلك يقوي الأنا لديه، ويعزز ثقته بنفسه.

٧- إعطاؤه أعمال تناسب قدراته وتدريبه على الشجاعة كأن يلقي قصيدة أمام الأهل.

٨- توفير جو مريح نفسيًّا من الحب والحنان وعدم نقدهم أمام الآخرين.

٩- ممكن أن يكون هناك تدريب أمام المرآة كأن يتدرب على محادثة غيره، وينظر لنفسه في المرآة .

١٠- قد يكون الخجل بدرجة كبيرة قبل دخول المدرسة، لكنه يتلاشى بعد الدخول للمدرسة.

أساليب الوقاية والعلاج:

أ) من الأفضل ألا يتعرض الطفل بصفة عامة للحماية الزائدة والعطف الزائد طول الوقت، ولا للقسوة الزائدة بالإسراف في الأوامر والتعليمات والنواهي، بل يجب مراعاة خط الاعتدال والموازنة بين القسوة واللين.

ب) أن يتجنب الآباء إشعار الطفل بخجله أو الإشادة به كطفل خجول مؤدب.

جـ) ينبغي تشجيع الطفل على أن يطلب ما يريد بجرأة ومن دون خوف أو حرج، وإشراكهم في مجموعات اللعب الموجه، أو التدريب على المهارات، وإفساح المجال أمام الطفل ليتغلب على الخجل من خلال إحراز نجاحات رياضية يحققها أمام الآخرين.

د) ينبغي ألا ندفع الطفل إلى القيام بأعمال تفوق قدراته وإمكاناته، لأن ذلك يشعره بالعجز ويجعله يزداد خجلاً.

هـ) لا بد من أن نعود الأطفال منذ صغرهم مخالطة الآخرين، وكسب صداقاتهم وودهم، وأن نصحبهم في زيارات الأهل والأقارب، وأن نشجعهم على الحديث أمام غيرهم سواء أكانوا صغارًا أم كبارًا.

ثالثًا: الانطواء والعزلة Introversion & Isolation

يعتبر الانطواء والعزلة مشكلة حقيقية قد تواجه بعض الأطفال ولا يجب إهمالها، وقد يعاني بعض التلاميذ في مرحلة الطفولة وبداية المراهقة من مظاهر الانطواء مما يؤثر في توافقهم الشخصي والاجتماعي والمدرسي، وهي حالة نفسية تعتري الأطفال لأسباب خلقية و مرضية أو لعوامل تربوية أو ظروف اقتصادية.

وهنا يجدر بنا أن نفرق بين ثلاثة من المشكلات: الخجل وبين مشكلة الانعزالية ومشكلة الانطواء، فالطفل الخجول يشعرون بعدم الارتياح، ولكن يبحثون عن الاتصال الجماعي، أما الطفل الانطوائي هو بعيد عن الآخرين، وهو موجود معهم، والطفل الانعزالي يمتنع عن التفاعل الاجتماعي بإرادته، ويبعد عن الآخرين (المقصود البعد المكاني)، فنجد الطفل الانعزالي يتصرف بصورة مختلفة عن الأطفال العاديين، فمثلاً نجده يصفق بيديه ويقول كلمات معينة ويكررها باستمرار، كما يصاب بنوبات غضب وعصبية أو يلعب دائمًا بمفرده، كما أنه لا يحب أن يبدل روتين حياته فتجد سلوكه متكررًا دائمًا، ويجد صعوبة بالاتصال بأقرانه من دون مساعدة.

وتظهر هذه المشكلات عند بعض الأطفال في عمر من (١،٥- ٣ سنوات)، وقد تستمر لدى البعض حتى المدرسة الابتدائية، ومن الممكن ظهورها فجأة في المرحلة الابتدائية حينما يزداد احتكاك الطفل وتفاعله الاجتماعي، وقد تستمر معهم حتى البلوغ. ونسبة الانطواء لدى الإناث أعلى من نسبتها لدى الذكور. وكثيرًا ما يساء فهم الانطواء فالبعض يلوم الطفل على انعزاله، بينما البعض الآخر يحبذ هذا السلوك ويرى بأنه طفل عاقل ورصين يحافظ على مكانته الاجتماعية، ولا يثير ضجة، وحقيقة الأمر أن الطفل المنطوي طفل بائس غير قادر على التفاعل الاجتماعي، أو الأخذ

والعطاء مع الزملاء، فعدم اندماج الطفل في الحياة يؤدي إلى عرقلة مشاركته لأقرانه في الأنشطة.

ويظهر الانطواء أو العزلة على شكل نفور من الزملاء أو الأقارب، وامتناع أو تجنب الدخول في محاورات أو حديث، وأحيانًا يخالط الطفل المنطوي أطفالاً يشبهونه في الانطواء ويكون الحديث بينهم مقتضبًا، كما يظهر على شكل الالتزام بالصمت وعدم التحدث مع الغير، وقد يكون الابتعاد عن المشاركة في أي اجتماع أو رحلات أو أنشطة رياضية مظهرًا من مظاهر الانطواء والعزلة.

تعريف الانعزالية:

هي حالة نفسية يعيشها بعض أبنائنا تظهر من خلال قسمات وجه ذلك الطفل وتأتأة لسانه وتلعثم كلماته يضادها حالة المشاكسة والعدوانية التي تبرز ملامحها من خلال مشكلاته مع الآخرين وكثرة اعتدائه عليهم.

فالأشخاص الانعزاليين " منسحبون اجتماعيًا – يظهرون درجات متدنية من التفاعل السلوكي والاجتماعي والتواصل مع الجو المحيط بهم".

ويمكن القول: إن هذا الشخص أو الطفل يتفادى الاتصالات الاجتماعية أو يهب منها، ولا يتمتع بأي نوع من النشاطات ثم ينفصل عن الآخرين.

إذًا هم في حاجة إلى منْ يشعرهم بالانتماء لأنفسهم ولأسرتهم ومجتمعهم يشعرون فيه بالحماية من كل ما يهدد أمنه واستقراره، بل وحاضره مستقبلة، وهو بحاجة إلى محب يشفق عليه يبادله الحب يشبع عاطفته ويعامله بالحوار الهادئ والنقاش المحترم الذي يقدر فيه ذاته ويحترم شخصيته مهما كان سنّه أو عمره.

إنه بحاجة إلى قبول واعتراف واعتبار من الآخرين، وبحاجة شعور بالحرية والاستقلال وإعطائه الثقة في نفسه مع البعد عن الشك أو الريب أو التهديد والوعيد والتحقير والشتم، إنه يريد أن يعرف نفسه ويحدد هويته.

الأسباب التي أدت إلى هذه المشكلة:

لا يرجع الانطواء إلى أثر البيئة وعوامل التنشئة الاجتماعية فحسب، بل هي مرتبطة أيضًا بالوراثة من حيث التكوين البيولوجي للفرد، والوظائف الفسيولوجية للقشرة الدماغية؛ فالفرد الذي يتمتع بدرجة استثارة سريعة وقوية نسبيًّا، وقد يشير الانطواء المتطرف إلى وجود مشكلات نفسية أكثر تعقيدًا وشمولاً لدى الطفل، كما قد يشير إلى واقع الطفل غير السار مثل المنزل غير السعيد، أو الفشل المستمر في المدرسة.

ويشير العلماء أن من أسباب الانعزالية في كيفية عمل المخ الذي به كثير من المواد الكيماوية تعمل كموصلات للإشارات العصبية، فإذا حدث أن زادت أو قلت هذه الموصلات العصبية عن الحدِّ الطبيعي أدى هذا إلى اختلال في عمل المخ مما يؤدي إلى هذا المرض، ولكن بدرجات متفاوتة فقد يجد كثير من الأطفال الانعزاليين صعوبة في التعلّم وفي التفكير والاستنتاج، بينما هناك أطفال آخرون يجدون سهولة في التعلّم، وفي الولايات المتحدة الأمريكية يوجد نحو (٥٠٠) ألف حالة مصابة بداء الانعزالية، وهي غالبًا ما تظهر عند الأطفال من أعمار (١٨-٣٦) شهرًا، وتصيب الأولاد أكثر من البنات.

ويمكن أن نلخص أهم الأسباب لمشكلة الانطواء والعزلة:

١. الشعور بالنقص بسبب عاهة جسمية أو ما يسمعه الطفل عن نفسه منذ صغره بأنه قبيح الشكل أو عدم تمكنه من اقتناء أشياء لفقره أو ما يتعرض له الطفل من مشكلات تقلل من قيمته ولا يجد الاستحسان الذي وجده داخل أسرته مما يشعره بعدم الكفاية وفقدان الثقة فيصبح انطوائيًّا.

٢. افتقاد الشعور بالأمن لفقدانه الثقة في الغير وخوفه منهم.

٣. إشعار الطفل بالتبعية، وفرض الرقابة الشديدة عليه يشعره بالعجز عند الاستقلال، أو اتخاذ القرارات المتعلقة بالطفل من دون أخذ رأيه أو مشاورته.

٤. تقليد الوالدين فقد يكون الأطفال المنطوون آبائهم منطوون كذلك، كما أن دعم الوالدين لانطواء الطفل على أنه أدب وحياء من الأسباب التي تؤدي إلى ظهور هذه المشكلة.

٥. قد يؤدي تغيير الموطن إلى اختلاف العادات والتقاليد وترك الأهل والأصدقاء إلى الانطواء.

٦. اضطرابات النمو الخاصة والمرض الجسمي فاضطراب اللغة يهيئ الطفل لتجنب التفاعل والاحتكاك بالآخرين

٧. الفقدان المبكر للحب فانفصال الوالدين يؤدي إلى ارتفاع حدوث الانطواء والعزلة عند الطفل.

٨. عدم الثقة بالنفس يدفع الطفل للانعزال والانطواء على ذاته فهو يخشى من فشله في المشاركة وفي الأعمال الجماعية وغيرها لذلك يفضل ان يعزل نفسه ليبتعد عن أي فشل محتمل.

٩. تعرض الطفل للعنف الجسدي مما يسبب له عدة مشكلات نفسية وسلوكية تدفعه بشكل مباشر للعزلة والابتعاد عن الآخرين وبخاصة من الأشخاص اللذين مارسوا العنف عليه.

١٠. التفريق بين الأطفال داخل الأسرة أو حتى داخل المدرسة يسبب لهم حالة من العزلة والانطواء؛ فالطفل الذي يشعر أن هناك تفريقًا بينه وبين الآخرين في كافة المجالات قد يولد لديه شعور بأنه طفل غير محبوب وليس له أهمية داخل الأسرة أو في المدرسة.

١١. البعد العاطفي والاجتماعي بين أفراد الأسرة وأيضًا بين الأسرة ككل والمجتمع المحيط بها يسهم بشكل مباشر في ظهور الانطواء عند الطفل.

ونجد أن الأبوين هما أول منْ يعرف أن طفلهما مصاب بالانعزالية أي أنه طفل منعزل فغالبًا ما يلاحظ أن به شيئًا ما غير طبيعي، فهو قد بلغ السنّ التي يجب أن

يتحدث فيها، لكنه لا يتحدث، وإنه لا يبالي بوجود الآخرين حوله، وإنه يأتي بتصرفات تختلف عن سلوك قرنائه من الأطفال، ويجب على الطبيب أن يستبعد مشكلات السمع التي قد تؤدي إلى تأخر الكلام عند الأطفال، كما يجب عمل جميع الفحوصات المعملية وقياس السمع وعمل أشعة على المخ ورسم المخ الكهربائي وعمل اختبار ذكاء للطفل المصاب بالانعزالية، ومن الضروري أن يشترك في فحص هذا الطفل أخصائي أطفال وأمراض عصبية ونفسية وتخاطب، ويجب على كل هؤلاء أن يعملوا كمجموعة متعاونة لفحص الطفل ومراقبة تصرفاته والاستماع لتعليق الأبوين وفي النهاية تصل هذه المجموعة إلى التشخيص بأن هذا الطفل مصاب بالانعزالية أو لدية مشكلة أخرى.

ومن أهم الأسباب الكامنة وراء السلوك الانعزالي:

١. الخوف من الآخرين: الخوف من الآخرين هو سبب قوي للوحدة، ويؤدي إلى الرغبة في الهرب من المشاعر السلبية عن طريق تجنب الآخرين، فالتفاعل يصبح مدعاة للألم النفسي، فمثلاً وجود الراشدين المتوترين الغاضبين المتناقضين غير الحساسين وغير العطوفين يمكن أن يشكل لدى الطفل رغبة في الانسحاب من الاتصال بالآخرين، إذ يصبح التفاعل الاجتماعي مقترنًا بالألم، وتصبح الوحدة مقترنة بالأمن والمتعة.

٢. نقص المهارات الاجتماعية: فلا يعرف الأطفال كيف يقيمون علاقات مع الآخرين، ويمكن ألا يكون أطفال ما قبل المدرسة قد تعلموا القواعد الأساسية لإقامة علاقات مع الآخرين مثل: المشاركة والثناء على الآخرين، وتقديم الأفكار حول الألعاب، وطلاب المدرسة قد لا يكونون قد تعلّموا الطرق اللازمة لإقامة الصداقات والمحافظة عليها.

٣. رفض الوالدين للرفاق : تحدث نواتج سلبية عندما تكون لدى الآباء آراء متزمتة تجاه الرفاق، فهم يشعرون أبناءهم بشكل مباشر أو غير مباشر بأن

الأصدقاء الذي اختاروهم ليسوا جيدين بما فيه الكفاية، وقد يؤدي ذلك إلى عدم تشجيع الرفاق على مصاحبة الطفل لأنهم يشعرون بأنهم غير مرغوب فيهم من قبل الوالدين، وتتفاقم المشكلة عندما يتعلّم الأطفال أن يشكوا في أحكامهم أو يشعروا بأنهم لا يستطيعون إرضاء والديهم إطلاقًا فيما يتعلق بأصدقائهم، وبذلك تصبح العزلة هي النتيجة المؤسفة لهذا الوضع.

الانطواء (العزلة الاجتماعية):

نرى هذه الظاهرة منتشرة عند أغلبيه الأسر وبخاصة فئه الأطفال؛ فنلاحظ عند اجتماع الأقارب نرى طفلاً يجلس وحيدًا من دون مشاركته باللعب مع الأطفال الآخرين وهذه الظاهرة لا تطبق فقط على فئه الأطفال، ولكنها تضمن فئه الكبار أيضًا فيكون الفرد منعزلاً عن الآخرين فلا يهتم بما يتحدثون ولا يشاركهم في الحديث، فهل الخوف والتربية يلعبان دورًا اساسيًّا في تحديد أسباب ظاهرة الانطواء (العزلة الاجتماعية)؟

الضغط النفسي:

هو مجموعة ردود الأفعال الحسّية نتيجة لمواقف الفرد اليومية المنتقلة إلى الدماغ في شكل مواقف وتعابير غير قابلة للترجمة الأمر الذي يؤدي فيما بعد إلى انحباسها داخل النفس البشرية.

ويمكن اعتبار الضغوط النفسية التي يتعرض لها الإنسان حالة مرافقة للتكوين البشري منذ الخليقة الأولى، ولكن وفق مفاهيم الأعراف والقيم التي كانت سائدة خلال تلك الفترة وأيضًا وفق التفسيرات الغيبية واللا واعية التي كانت تستخدم لتحليل مثل هذه الظواهر والتقلبات. ومازالت هذه الحالة النفسية سائدة حتى يومنا هذا إلا انها اخذت مفاهيم وتعاريف أخرى أكثر علمية وواقعية.

أنواع الضغوط النفسية المسببة للانطواء:

يتعرض الفرد علي مدار حياته بنوعين من الضغوط النفسية، الضغط النفسي المبكر والضغط النفسي المتأخر، وفيما يلي شرح النوعين:

1. الضغط النفسي المبكر: وهي مجموعة الضغوط النفسية التي يتعرض لها الأطفال والشباب وحتى تجاوز مرحلة البلوغ. ومثلما يمكن أن يتعرض الأطفال لضغوط نفسية معينة، يتعرض أيضًا الشباب وخصوصًا عند مرحلة البلوغ إلى مجموعة متنوعة من الضغوطات النفسية وخصوصًا تلك الناشئة عن القلق الجنسي وكيفية تحقيق تطور الرغبات والتكيف مع مرحلة الانتقال من مرحلة الصبا إلى مرحلة الشباب.

   وبالتالي يمكن اعتبار تعرض الأطفال ومن بداية سن الوعي وحتى انتهاء مرحلة المراهقة من أخطر المراحل التي يمكن أن تتسبب في آثار نفسية خطيرة يمكن أن تمتد لمراحل عمرية طويلة.

2. الضغط النفسي المتأخر: وهي مجموعة الضغوط النفسية التي يتعرض لها الأفراد اعتبارًا من دخولهم مرحلة الرجولة وحتى نهاية المرحلة العمرية. وبالتأكيد فإن مسببات التعرض للضغوط العصبية تكبر في تأثيراتها وتكثر في مسبباتها كلما تقدم الإنسان في العمر حتى يصبح القلق من الموت بحدٍّ ذاته حالة مشروعة للتعرض للضغط النفسي المتأخر، ومن الملفت للنظر أن نتائج هذه الضغوطات يمكن أن تمتد لتشمل العديد من العلاقات المرتبطة بالشخص المصاب وخصوصًا على الصعيد العائلي.

   وهنا يمكن تقسيم مسببات الضغط إلى حالتين رئيستين؛ وذلك حسب دور الفرد ذاته في العملية:

١- مسببات إرادية: تسبب الفرد ذاته بوصوله إلى مرحلة التعرض للضغط النفسي. والمقصود هنا هو دور وعي الفرد وممارساته اليومية وفقًا لانتماءاته الفكرية والمهنية ومدى تقبله لمرحلة المخاطرة والمراهنة على تحقيق غاياته ومتطلبات دوره الحياتي للمحافظة على بقاءه.

٢- مسببات لا إرادية: وهي خضوع الفرد وبشكل خارج عن إرادته لمجموعة من الضغوط النفسية من دون أن يكون له أي دور في تحقيقها أو العمل على تخطيها. وعادة ما تكون الضغوط السياسية والعسكرية خير مثال على وقوع الفرد تحت هذا النوع من الضغوط النفسية ذات المخاطر المتباينة.

مظاهر السلوك الانعزالي في غرفة الصف:

١- الانسحاب من المواقف المختلفة.

٢- الشعور بالاكتئاب النفسي من مظاهر السلوك الانعزالي في الصف، فيدخل الطالب في نطاق دائرة العزلة الفردية ويبتعد عن عجلة الحياة الديناميكية.

٣- يبتعد الطالب عن زملائه أثناء اللعب ويمتنع عن القيام بالنشاطات المختلفة نتيجة إغاظته أو إحراجه أو إغضابه.

٤- تجنب الدخول في محاورات.

٥- الابتعاد عن الأنشطة الاجتماعية.

٦- فقدان الثقة بالنفس.

علاج مشكلة الانطواء والعزلة:

ينبغي أن ندرك أن الطفل الانطوائي حساس حساسية مفرطة وفي حاجة شديدة لأن نعيد إليه ثقته بنفسه؛ وذلك بتصحيح فكرته عن نفسه وعلى قبول بعض النقائص التي قد يعاني منها، وأن نعمل على تنمية شخصيته وقدراته؛ ولكي يتحقق ذلك يجب إتباع الآتي:

١. إشعار الطفل المنطوي بالحب والقبول لذا ينبغي التعرف عليه وفَهمه فَهمًا عميقًا ودراسة (حالته الصحية، الاجتماعية، ظروفه العائلية، علاقاته بأسرته)، ومساعدته على التخلص من ذلك واقعيًّا بمساعدته على بناء شخصيته واستعادة ثقته بنفسه.

٢. اكتشاف نواحي القوة في قدراته وتنمية شخصية المنعزل في جو من الدفء العاطفي والأمن والطمأنينة سواء في المنزل أو في المدرسة والانتماء إلى جماعات صغيرة من الأقران في المدرسة أو النادي والاندماج معهم والشعور بأنه فرد منهم.

٣. تهيئة الجو الذي يعيش فيه الطفل وشعوره بالأمن والطمأنينة والألفة مع الأشخاص الكبار الذين يعيش معهم سواء في الأسرة أو في المدرسة، وبذلك يفصح عمّا بداخله من مشكلات ومخاوف وقلق ومساعدته على حلّها، وهذا لا يتم إلا إذا شعر بالقبول والتقدير والصداقة.

٤. التربية الاستقلالية وعدم تدليل الطفل خير وسيلة للوقاية والعلاج من العزلة، حيث إن الطفل المدلل الذي يعتمد على والديه عاجزًا على الاعتماد على الذات، غير ناضج انفعاليًّا مطيعًا لكل الأوامر فيصبح حينها في قالب الطاعة ويخرج طفلاً سلبيًّا خجولاً. فيجب أن نقلل من حماية الطفل والاستمرار في تدليله لكي يستعيد ثقته في نفسه عن طريق التربية الاستقلالية التي يجب أن نتبعها تدريجيًّا.

٥. إذا كان سبب شعور الطفل بالنقص اعتلال أحد أعضاء جسمه فينبغي تدريب العضو المعتل لأن التدريب يزيد من قوة العضو المعتل، وبذلك يتخلص من شعوره بالنقص وتتحقق سعادته.

٦. عدم تحميل الطفل فوق طاقته وقيامه بأعمال تفوق قدراته حتى لا يشعر بالعجز مما يجعله يستكين ويزداد عزلة عن الناس، بل ننمي قدراته وقيامه بالأعمال التي تناسب قدراته وعمره الزمني.

٧. تشجيع الطفل المنعزل على الأخذ والعطاء وتكوين صداقات مع أقرانه وتنمية مواهبه كالرسم والأشغال، وإتقانه لهذه المواهب سيكون دافعًا يشجعه على الظهور مما يعمل على توكيد الذات والثقة بالنفس.

٨. إشراك هؤلاء التلاميذ في الأنشطة والأعمال الجماعية، وتمكينهم من القيام بمبادرات إيجابية عن طريق إشراكهم في الإذاعة المدرسية، وتكليفهم بالقراءة الفردية أمام زملائهم بغرفة الصف؛ وذلك لمساعدتهم على تخفيف حدة العزلة شيئًا فشيئًا للتخلص من هذه المشاعر السلبية نحو الفرد والمجتمع.

نصائح وإرشادات لإبعاد الطفل عن الانطواء والعزلة:

الانطواء على الذات إن كان في مراحله المبكرة يمكن لنا معالجته بسرعة وسهولة مع بذل بعض الجهد، وعلى الآباء والمعلمين إتباع العديد من النصائح والإرشادات لحماية الطفل من الوقوع في تلك المشكلة، وفيما يلي تلك النصائح:

- تعليم الطفل أن يثق بنفسه.
- عدم ممارسة أي عنف على الطفل سواء أكان عنفًا جسديًّا أم عنفًا معنويًّا، والأفضل أن يكون هناك حوار وإرشاد أول مرة يخطئ بها الطفل ثم نمنحه فرصة ثانية وعند تكرار الخطأ.
- التقليل قدر الإمكان من إثارة المشكلات الأسرية وخصوصًا أمام الأطفال.
- تقوية الروابط الأسرية داخل الأسرة والروابط الاجتماعية في المجتمع وتعليم الأطفال على الانفتاح الاجتماعي أمر مهم جدًّا يبعدهم عن الشعور بالخجل وأيضًا عن الميل للانطواء على الذات.
- العدل والمساواة في كافة الأمور بين الأطفال داخل الأسرة أو المدرسة.
- علينا أن نستعين بطبيب نفسي إن وجد لدينا طفل انطوائي ولم تفلح معه كافة الحلول هنا لا بد من تدخل اختصاصي لحل هذه المشكلة.

رابعاً: الغيرة Jealousy

الغيرة هي حالة انفعالية مركبة من حب التملك وشعور الغضب بسبب وجود عائق مصحوبة بتغيرات فسيولوجية داخلية وخارجية يشعر بها الطفل عادة عند فقدان الامتيازات التي كان يحصل عليها أو عند ظهور مولود جديد في الأسرة أو عند نجاح طفل آخر في المدرسة في حين كان حظه الفشل والاخفاق، هذه المشاعر المركبة يرفض الطفل الإفصاح عنها أو الاعتراف بها، ويحاول الإخفاء لأن الإظهار أو الافصاح عنها تزيد من شعوره بالمهانة والتقصير ولا تظهر إلا من خلال أفعال سلوكية يقوم بها.

ومن الملاحظ أن الغيرة إذا اشتدت عند المرء في صغره لازمته في كبره؛ فالطفل الغيور قد يصعب عليه أن يوثق صلاته مع أترابه، ويشعر بالخيبة والإهمال والضعف والظلم، فيرتكز حول ذاته بشدة، ويميل إلى العزلة وتجنب الآخرين، أو أن يسلك سلوكًا عدوانيًّا ليجذب إليه الأنظار.

هل المنافسة نوع من أنواع الغيرة ؟

يجب ألا يخلط الأهل بين المنافسة وبين الغيرة لأن المنافسة الإيجابية تدفع الطفل إلى النجاح وبذل الجهد، أما الغيرة فهي أساس لكثير من أنواع وأنماط السلوك الشاذ الطفل الغيور لا يشعر بالهناء والسعادة ولا يستقر حاله، فهو يخزن أحزانه وآلامه وبغضة وحقده نحو الآخرين.

ما أسباب الغيرة ؟

١- شعور الطفل بالنقص ومروره بمواقف محبطة.

٢- انانية الطفل التي تجعله راغبًا في حيازة أكبر قدر من اهتمام الوالدين.

٣- قدوم طفل جديد للأسرة.

٤- ظروف الاسرة الاقتصادية فبعض الأسر دخلها الاقتصادي منخفض أو شديدة البخل على ابنائها مقارنة بالأسر الأخرى فتنمو بذور الغيرة في نفس الطفل نتيجة عدم حصوله على ما يريد من أسرته.

٥- المفاضلة بين الأبناء فبعض الأسر تفضل الذكور على الإناث أو عندما يفضل الصغير على الكبير وهكذا فتنمو الغيرة بين الأبناء.

٦- مقارنة الطفل بأخ أو أخت في التحصيل الدراسي أو في القدرات العقلية أو في المواقف السلوكية أو في المظهر الخلقي، بخاصة إذا كانت هذه المقارنات تكرر وبشكل مستمر، فإن ذلك يثير الغيرة بين الأطفال على الرغم من أن الآباء لا يقصدون من ذلك إيقاع الضرر بأطفالهم. وهم بذلك لا يعلمون أن مثل تلك المقارنات تخلق مشكلات نفسية لدى أطفالهم، مما يؤدي إلى عدم الثقة بالنفس ويؤثر على توافقهم النفسي والاجتماعي داخل محيط الأسرة وخارجه.

٧- الغيرة الناتجة عن الحرمان من ظاهر جسمية معينة (تظهر لدى المعاقين خاصة).

٨- تكليف الطفل بمهام أكثر من قدراته وقابلياته واستعداده وإن عجز عن أدائها واجه اللوم والانتقاد.

٩- جهل الوالدين في التعامل مع الأطفال هو السبب في تكريس الغيرة، وخاصة عندما يفاجأ هذا الطفل بأن أمه توجه عنايتها إلى إخوته الأصغر منه وتهمله، فينتابه الهم والقلق مما يزيد الأمر خطورة.

١٠- النزاعات والتوترات بين الأبوين، وبخاصة إذا كانت تحدث أمام الأطفال مما ينعكس سلباً على حياتهم، وقد يعبر الطفل عن غيرته باللجوء إلى بعض الحيل الدفاعية، التي من خلالها يعوض ما فقده من حب أو ثقة من أبويه، ويظهر ذلك من خلال تبوّله غير الإرادي، أو إظهار تخوفه من أشياء معينة أو التمارض في بعض الأحيان، أو امتناعه عن تناول الطعام، مما يؤدي إلى نقص في الوزن وضعف في الصحة، مما يقلق الأهل إلى حد كبير.

أبرز مظاهر الغيرة :

- يظهر الطفل الذي يغار من المولود الجديد سلوكا واسلوبًا تعويضيًّا مصطنعًا وذلك بإظهار مشاعر الحب لأخيه كتقبيله وضمه بقسوة أو الضغط على راسه أو وجهه بحيث يؤذيه ويأخذ في البكاء، ما هي إلا سلوكات تعبيرية عمّا يخفيه من معاناة.
- هناك من الأطفال من يوجه غيرته إلى إيذاء أمه كأن يرفض الطعام الذي تقدمه له على الرغم من جوعه والهدف من ذلك هو جلب الانتباه من ناحية ومن ناحية أخرى انتقامًا من الأم التي يعتبرها مصدرًا لعذابه.
- العناد والسلوك العدواني على الآخرين أو على الأم.
- البكاء المستمر أو الاستيقاظ من النوم والبكاء لجلب انتباه الآخرين له ويتبع كل الأساليب المتاحة لذلك؛ كي ينتقم من الوالدين أو ممنْ يثير الغيرة لديه، ويتبع ويتمسك بالأساليب التي يجدها ناجحة وتحقق أهدافه منها.
- ضعف الثقة بالنفس، كثيرًا ما تؤدي معاملة الكبار للطفل إلى الإحباط.
- القسوة في المعاملة واستعمال الشدة والضرب عندما يظهر غيرته من أخيه أو المولود الجديد كثيرًا ما يتعرض الطفل للضرب عندما يعتدي على أخيه الصغيرة.
- شعور الفرد بالغيرة نتيجة حقوقه المهدورة وتمتع غيره بالمزايا الأخرى أو المراكز الاجتماعية.
- ممارسة الأنماط السلوكية المتعلقة بالنكوص كمص الإبهام أو تناول زجاجة الحليب لأخيه الصغير والتمسك بها وإن أخذت منه فإنه يغضب ويبكي ويضرب عن الطعام .
- التبول في الفراش بعد أن ضبط تلك العملية.
- الالتصاق بالأم مهما أبعدته بخاصة عندما يشعر أنها ترغب في إطعام المولود الجديد.

- ممارسة السلوك العدواني من ضرب وعض وقرص وجر الشعر للآخرين.
- العبث بممتلكات الآخرين، وتدمير مقتنياتهم.
- السرقة انتقاماً من مسبب الغيرة إن كان الوالدان او الإخوة والأخوات.
- استعمال الوشاية بمن يسبب الغيرة؛ وذلك في البيت أو المدرسة لغرض الانتقام والإيقاع بهم.
- عندما يتقدم الطفل بالعمر (بعد العاشرة) تأخذ الغيرة شكل التجسس والوشاية والإيقاع بالآخرين.

كيف نقي أطفالنا من الوقوع بالغيرة ؟

هناك العديد من الطرق التي يمكن اتباعها لنقي الطفل من الوقوع في تلك المشكلة، منها:

١. تهيئة الطفل لتقبل المولود الجديد: إذا لم تتعامل مع المشكلة بالطريقة الصحيحة، فإن الطفل قد يحمل مشاعر سيئة تجاه أخوته قد تستمر حتى الكبر، فوجهة نظر الطفل الأكبر سنًّا: إن الطفل الجديد يحظى بكل الرعاية، الزوار، الهدايا والمعاملة الخاصة. الطفل الأكبر غالبًا ما يشعر بالإحباط، والغضب وأنه غير محبوب. وبالتالي تظهر على الطفل علامات الغيرة، ومنها: محاولة لفت الأنظار بشتى الطرق السوية وغير السوية، الخشونة ومحاوله إيذاء المولود الجديد أو التهديد بإيذائه، تصرفات وسلوكات لا تتناسب مع سنه مثل العودة لمص الإصبع، البكاء المستمر، العناد، عدم التحكم في التبول أو التبرز بعد أن كان يتحكم فيهما.

فالطفل يخشى أن يفقد حب الأم لذلك يبدأ في اختبارك لكي يعرف هل أنت تحبّه أم لا . ويقارن بين ردود أفعالك معه وردود أفعالك مع طفلك الأصغر مثال ذلك: "إذا بكى الطفل الرضيع لا تغضب، وتظل تبتسم له وقد تعطيه اهتمام أكبر مثل حمله أو اللعب معه، وإذا بكى الطفل الكبير يصرخ فيه أحد الأبوين

وربما ضربه أو أذاه، لذلك يتأكد أن أبويه لا يحبّونه، وعندما يبلل الصغير نفسه فلا يهينه أحد، وعندما يفعل ذلك الكبير يمكن أن يضرب أو يعاقب.

وبالتالي يجب مراعاه عدد من النقاط قبل مولد الطفل: حاول إعداد طفلك لهذا الموقف، تحدث معه عن الحمل واجعله يحسُّ حركة الجنين في بطن أمه، شجع طفلك على أن يساعدك في إعداد غرفه الطفل الجديد، لا تطلق على المولود الجديد لقب "طفلي" بل قل" طفلنا، أي تغيرات تحتاج أن تفعلها لطفلك بسبب المولود الجديد، مثل الانتقال من غرفة لأخرى، أو تغيير مكان سريره مثلاً، لابد من فعلها قبل الولادة بفترة كافية، حتى لا يرتبط المولود الجديد بأي تغيير في حياة الطفل الأكبر.

وبعد مولد الطفل: عندما تعود من المستشفى إلى المنزل اقض أول دقائق بعد رجوعك مع طفلك الأكبر اترك شخص ما يحمل طفلك الجديد بالمنزل، أعط الشقيق الأكبر هدية من الشقيق الأصغر، اطلب من الزائرين منح الطفل الأكبر اهتماماً إضافياً، اخبر طفلك أنه الأخ أو الأخت الأكبر، دقيقة يومياً يلعب فيها الأب أو الأم مع الطفل الأكبر من الأشياء المساعدة جداً. شجع طفلك أن يساعد في رعاية الطفل الأصغر، وذلك بتقديم حفاظة أطفال على سبيل المثال: لا تترك طفلك الكبير مع الطفل الصغير وحدهما، لأنه ربما يؤذي الصغير، لا تؤذي طفلك الأكبر إذا قام بإيذاء الأصغر بأي وسيلة لأن الخطأ خطأك أنت الذى تركتهما وحدهما. تجاهل كل التصرفات السيئة أول أسبوعين، واظهر له حبك بأي وسيلة ربما تكون بقبلة، عناق، رواية القصص، الذهاب معه في مكان يحبّه مثل حديقة الحيوان، هدايا فأنت تعرف ماذا يحب؛ أي الحلوى التي يحبّها.

٢. تجنب إثارة المشكلات بين أفراد العائلة وكلما ساد الحب والتعاون كلما نشأ الأطفال نشأة صحية سليمة.

٣. تجنب تكليف الأطفال فوق طاقاتهم وقدراتهم.
٤. الاهتمام بالفروق الفردية لدى الاطفال.
٥. تجنب تدليل الطفل لأن الدلال مفسدة.
٦. إتاحة الفرصة للأطفال بالاعتماد على أنفسهم لحل مشكلاتهم.
٧. الحذر من التفرقة بين الأبناء مهما كانت المواقف.
٨. الابتعاد عن المقارنات بين الأطفال مهما كان الهدف من تلك المقارنات.
٩. إشعار الأطفال بالمساواة فيما بينهم واشعارهم بالاطمئنان.
١٠. تجنب التحيز للأطفال عند المشاجرة التي تقع بينهم وتركهم يحلّون مشكلاتهم فيما بينهم وأن كان لابد من التدخل لفض الخلاف أن يعتمد ذلك على الحكمة والمنطق.
١١. إحاطة الاطفال بالحب والحنان بعيداً عن المبالغة.
١٢. تجنب استعمال الضرب والقسوة مع الأطفال.
١٣. تزويد الأطفال بقصص عن الأخلاق والنماذج الصالحة، والاهتمام بالقدوة الحسنة أمام الأطفال.

علاج مشكلة الغيرة:

يجب علينا أن ندرك أن الأطفال هم اللبنة التي يقوم عليها بناء المجتمع في المستقبل فيجب علينا أن نحسن تربيتهم، ونكون شخصيتهم، ونغرس فيهم حب الآخرين، والتعاون ضمن نطاق الأسرة، وأن نتفادى تكريس المظاهر السلبية في نفوسهم لكي يكونوا أولاداً صالحين، إلى جانب العديد من النقاط التالية:

- تجنب الاهتمام الزائد بالذكور على حساب الإناث، وتجنب المقارنة بين الأبناء ومدح أحدهم على حساب الآخر.
- إشعار الطفل بقيمته ومكانته في الأسرة والمدرسة وبين الزملاء.

- أن تكون العلاقات بين الطفل وأقرانه قائمة على أساس المساواة والعدل من دون تميز أو تفضيل على آخر، مهما كان جنسه أو سنه أو قدراته.
- على الآباء الحزم فيما يتعلق بمشاعر الغيرة لدى الطفل، فلا يجوز إظهار القلق والاهتمام الزائد بتلك المشاعر.
- أن نزرع في الطفل ثقته بنفسه وأن نشجعه على النجاح، وإنه عندما يفشل في عمل ما سينجح في عمل آخر.
- أن نتجنب عقابه وإظهار نواحي ضعفه وعجزه، فهذا يصنع الغيرة بين الإخوة والأصدقاء وأبعاده عن مواقف المنافسات غير العادلة.
- أن نزرع فيه حب المنافسة الشريفة، وأن الفشل ليس هو نهاية المطاف بل إن الفشل قد يقود الى النجاح .
- اندماج الطفل في جماعات نشاط وفرق رياضية.
- تعويد الطفل منذ الصغر على تدني الأنانية والفردية والتمركز حول الذات.
- إذا قدم للأسرة مولود جديد دع الأخ الأكبر يساعدك في العناية بالطفل في أمور هي في حدود طاقته واثن عليه واشعره بالمسؤولية وراقبه عن بُعد من دون أن يشعر. ولا تظهر اهتمامك بالطفل الجديد وهو يرى ولا تدعه يشعر بأن هذا الطفل قد أخذ حبّه منك.

دور الأسرة في التغلب على مشكلة الغيرة لدى الأطفال:

تجنب الآباء تفضيل أخ على أخيه أو المقارنة بينهما أو مدح أحدهما وذم الآخر، إذا كانت الأم مقبلة على إنجاب طفل جديد فمن الأفضل ان تهيئ طفلها الكبير لاستقبال أخيه، اذا كان الطفل الكبير يغار من إخوته الصغار ويفتعل معهم الشجار فعلى الأم أن تثبت للكبير حبّها له واهتمامها به، إلى جانب إشعار الطفل بقيمته ومكانته في الأسرة وإشباع حاجاته والقيام بالأنشطة التي يحبّها بدلاً من إهماله، ويجب

على الوالدين الصبر والتحمل إلى جانب السلوك اللازم تجاه مظاهر الغيرة التي يظهرها الطفل.

دور المعلم في التغلب علي مشكلة الغيرة:

- يجب على المعلم أن يكون عادل في معاملة التلاميذ فيخصّهم جميعًا برعايته ويوزع أسئلته وابتساماته ومديحه ودرجاته عليهم بالعدل.
- يجب عليه أن يشعرهم بالأمن والطمأنينة ويقلل من الصراعات والمنافسات بينهم.
- يجب عليه تجنب الموازنات وعقد المقارنات الصريحة بين التلاميذ ويكتفي بالتعميم والتلميح لتحفيزهم.
- إذا لاحظ المعلم أي من مظاهر الغيرة على إحدى التلميذات وكان يجهل الأسباب فعليه ان يبحث الأمر مع المشرف الاجتماعي لتعرّف الأسباب ومعالجتها.

خامساً: الخوف Fear

للخوف تعريفات كثيرة يمكن أن نجملها في أن الخوف هو:"انفعال قوي غير سار ينتج عن الإحساس بوجود خطر ما وتوقع حدوثه"، وقد كان العلماء يعتقدون أن الطفل يولد مزوداً بغريزة الخوف، لكن الدراسات الحديثة تشير إلى أن الخوف عند الطفل لا يبدأ قبل الشهر السادس، وتظل وتيرته ترتفع حتى تبدأ في الخفوت بعد سن السادسة وهي بداية مرحلة النضوج العقلي للطفل، وقد أكدت الدراسات أن ٩٠٪ من الأطفال قبل سنِّ السادسة لديهم مخاوف من أشياء ومصادر متعددة.

ويرى " فرويد" أن الخوف والقلق أساس جميع الحالات العصبية، فالخوف حالة انفعالية طبيعية داخلية وهو حالة يحسّها كل إنسان في حياته، ولكنه يسلك السلوك الذى يبعده عن مصدر الخوف، والخوف هو الذى يدفعنا لحماية أنفسنا والمحافظة عليها، ولكن إذا زاد الخوف عن حد معين يصبح مرضى Phobia مما يجعل الفرد سلبيًّا ومعرضًا عن المشاركة في المواقف المختلفة، مما يمنعه عن إقامة علاقات اجتماعية طيبة مما يؤدي إلى مصاعب حياتية وصراع نفسي داخلي، مما يؤدي لمضاعفات مثل: الاكتئاب والانطواء.

وتعتبر مرحلة الطفولة من أكثر المراحل التي يظهر فيها الخوف، حيث يعتقد الكثير من علماء النفس أن الخوف وما يتصل به من حالات القلق والاضطراب النفسي يشكل جزءاً من الدوافع البشرية التي تؤثر في علاقة الطفل بالآخرين. فالخوف "انفعال يتضمن حالة من حالات التوتر التي تدفع الشخص الخائف إلى الهرب من الموقف الذي أدى إلى استثارة خوفه حتى يزول التوتر"، وهو بذلك يتضمن حالة من التوجس تدور حول خطر معين له وجود واقعي. وتتميز مخاوف الأطفال بعدم الثبات وبالتغير مع التقدم في العمر، وقد تزول عن الطفل بعض المخاوف لتحلّ محلها مخاوف أخرى.

لقد أظهرت الدراسات أن شدّة مخاوف الأطفال ترتبط بنوعية العلاقات المتبادلة بين الطفل وأسرته من جهة وبالمواقف التي يشعر فيها بالتهديد وعدم الأمن والفشل من جهة أخرى. كما أكدت الدراسات أن المخاوف تعتبر مكتسبة على الرغم من اختلافها وتمايزها من مرحلة إلى أخرى في الطفولة، وأن الإناث أكثر خوفًا من الذكور. وعمومًا تتأثر مخاوف الأطفال بالجنس والوضع الاقتصادي والاجتماعي للأسرة وترتيب الطفل الميلادي وذكائه.

وهناك أيضًا علاقة بين مخاوف الأطفال وعمرهم الزمني، فالمخاوف التي يكتسبها الطفل في طفولته تظل كامنة لعدة سنوات، ثم لا تلبث أن تكشف عن محتوياتها خلال مرحلة الطفولة المتأخرة وقبل البلوغ.

في حين هناك دراسات أخرى أظهرت أنه لا توجد فروق في الخوف بين الأولاد والبنات، وأن حوالي نصف الأطفال على الأقل تظهر لديهم مخاوف مشتركة من الكلاب والظلام والرعد والشخصيات الخيالية المخيفة، وحوالي(١٠ ٪) منهم يعانون خوفًا شديدًا من شيئين أو أكثر، والمخاوف الأكثر شيوعاً لدى الأطفال من الأعمار بين(٢-٦ سنوات)، حيث تغلب المخاوف في العمر بين (٢- ٤ سنوات) من الحيوانات والعواصف والظلام والغرباء، وفي عمر (٤- ٦ سنوات) تسيطر المخاوف المتخيلة مثل الأشباح والوحوش، وتبلغ ذروتها في عمر (٦) سنوات، وتختفي في عمر (١٠) سنوات.

وقد ينبع الخوف من خيال الطفل، ثم يتعامل مع هذه المشاعر بشكل جدي وواقعي وكأنها حقيقية، كما أن الأطفال يعتادون على النظام اليومي مثل الاستيقاظ في الصباح والذهاب للمدرسة واللعب مع أصدقائه وكسر هذا النظام بالتعرض للصدمات أو الحروب أو الحوادث، يخيفهم ويشعرهم بالقلق فيحتاجوا إلى مساعده الكبار حتى يتخلصوا من الخوف.

وتأخذ المخاوف لدى الأطفال صفتين: حسّية وغير حسّية. فموضوعات المخاوف الحسية يمكن للطفل إدراكها بحواسه المختلفة كالخوف من العسكري أو بعض الحيوانات.

أما النوع الثاني: فهي مخاوف غير حسية كالخوف من الموت أو العفاريت أو من جهنم.

كما قسم فرويد المخاوف الى قسمين:

- الأول: مخاوف موضوعية، أي ترتبط بموضوع معين (كالخوف من الحيوانات – الظلام–.. الخ).
- الثاني: مخاوف لا تستقر على موضوع معين، وتسمى بـ "القلق العصبي".

نظريات الخوف:

١- نظرية الغرائز: ترى أن الخوف استعداد غريزي كامن في النفس، وإحساس الطفل بالخوف نتيجة نضج الجهاز العصبة والمراكز الحسّية فق الدماغ.

٢- نظرية تعلم الخوف: تؤكد معظم نظريات التعلّم أن الخوف يعتمد بصورة أساسية على التعلّم، وأنه شعور داخلي وانفعال سلوكي يتعلّمه الطفل نتيجة تعرضه لمؤثرات البيئة والجو المحيط، وترفض هذه النظريات فكرة أن بذور الخوف وراثية، وتجد أن الطفل يولد متجردًا من الخوف. وإحساس الخوف قد ينبعث من داخل الطفل وقد يكون من الخارج، وتعدُّ مخاوف الأطفال نتاجًا مباشرًا للأحداث المرعبة من حولهم، مثل: التعرض للعض من قبل القطط والكلاب، أو الصدم من قبل سيارة، فهو مقلد ومحرك ومستنسخ للمشاعر، ولذلك فهذه النظرية تشير إلى إمكانيه غرس الخوف وتعديله في اتجاه مفيد أو تقليله، أيضًا فهذه النظرية تفاؤليه في علاج الخوف.

أسباب الخوف:

١- التعلّم بالملاحظة: يكتسب الأطفال مخاوفهم من خلال ملاحظتهم للمربّين وبخاصة من الوالدين، مثال: عندما يخاف الوالدان من حيوان فإن الطفل يقلد ما يراه فيخاف مما يخاف منه الكبار.

٢- اضطراب الجو العائلي: عند حدوث المنازعات المستمرة بين الأبوين أو بين أفراد العائلة، يفقد بعض الأطفال الشعور بالأمن والاستقرار، ويشعرون بالخوف الشديد إزاء تلك المواقف.

٣- التنشئة الاجتماعية الأسرية غير السليمة: النقد والتوبيخ وكثرة المطالب وكذلك النظم الزائدة المفروضة على الطفل، والمشكلة الأكبر أن يتعرض الطفل لأكثر من نوع من القوانين، والتي تؤدي إلى شعوره بالعجز وعدم الثقة بالنفس والخوف من الوقوع في الخطأ.

٤- قد يكون ناتجًا إما من التدليل الزائد أو النقد والقسوة المفرطة، فالنقد الزائد للطفل يولد شعور قوي لديه بالخوف من الوقوع في الخطأ، مما يؤدي في النهاية لفقد الطفل لثقته في نفسه. والتدليل يجعله وهن العزيمة غير قادر على تحمل مشاق الحياة ، مما يشعره بالخوف من كل تجربة أو خبرة جديدة يمرُّ بها، فالأمر يحتاج إلى توازن بين الإفراط والتفريط (التدليل والقسوة).

٥- التغيير في البيئة: عند تعرض الطفل لتغيير في بيئته، يتسبب ذلك بالضغط النفسي عليه، ويسبب له الخوف، مثال: الانتقال إلى منزل جديد أو مدرسة جديدة، أو مجتمع جديد.

٦- السخرية من خوف الطفل أو قمع انفعاله: قد تكون ردة فعل الكبار على خوف الطفل السخرية والاستهزاء منه، أو معاقبته عندما يخاف، وقد يؤدي ذلك بإخوته أو زملائه باتخاذ مخاوفه وسيلة للاستمتاع، مثال: إجبار الطفل على البقاء في غرفة مظلمة، إذا كان يخاف من الظلام، أو نهره عندما يخاف بتعليق مثل هذا شيء سخيف كيف يخيفك ؟

٧- مشاهدة التلفاز أو قراءة الكتب: عندما يشاهد الطفل برامج مخيفة أو يشاهد صورًا ومشاهد مخيفة، أو يقرأ كتبًا تتضمن صورًا وأحداثًا مخيفة، يظهر عليه الخوف وبخاصة عند النوم، وأظهرت الكثير من الدراسات أن الأطفال

الذين يشاهدون على التلفاز برامج مخيفة، ممن هم في عمر(٧-١١سنة) أكثر خوفًا من الأطفال من نفس الفئة العمرية، الذين لا يشاهدون تلك البرامج.

٨- تخويف الطفل: قد يلجأ المربي إلى تخويف الطفل لإقناعه بالقيام بعمل ما، أو التوقف عن عمل ما، مثال: إذا لم تؤد واجباتك سأرسلك إلى الصف الأصغر عمرًا، وقد يلجأ المربي إلى الكذب على الطفل، لإلزامه بعمل، مثال إذا أرادت الأم من الطفل ألا يلمس أغراض بالمنزل قد تقول له: إذا لعبت بهذه الأشياء سيخرج منها شيء يعضك.

٩- الصدمات: تعرض الطفل لمواقف أو صدمات تؤدي إلى التوتر النفسي لديه، ما يؤدي إلى خوف لا ينتهي في لحظته، فيشعر الطفل بالعجز وأنه غير مهيأ للتعامل مع الحادث، مثال: الخوف من الكلاب عند تعرض الطفل للعضِّ، هنا يقوم الطفل بتعميم الخوف على جميع الحيوانات الأخرى.

١٠- الخوف المتخيل: قد ينبع الخوف عند الطفل من خياله، فيتعامل معه بشكل واقعي وجدي وكأنه حقيقة.

١١- عدم توافر المعلومات: نقص المعرفة لدى الطفل حول موضوع يشاهده أو يتعرض له، يؤدي به إلى الخوف.

١٢- التأثير على الآخرين: قد يستخدم الطفل الخوف وسيلة لجذب اهتمام الكبار، فيقوم الكبار بغض الطرف عن سلوك الطفل الخاطئ، مما يعزز انفعال الخوف في المستقبل.

١٣- الضعف النفسي أو الجسدي: عندما يكون الأطفال متعبين أو مرضى يكونون في الغالب أكثر استعدادًا لتطوير المخاوف، وتؤدي حالة الضعف إلى الشعور بالعجز، وضعف القدرة على التعامل مع المشاعر والأفكار المسببة للخوف.

١٤- تدني تقدير الذات: يشعر هذا الطفل بالعجز والعزلة، وعدم القدرة على مواجهة مواقف الخوف، ويسهم الآباء المتساهلون في تعزيز ذلك السلوك

نتيجة تلبيتهم لمطالبه، ولا يساعدونه على تطوير الشعور بالجدارة الناتجة عن التزامه بالقوانين التي يضعونها.

١٥- الضعف الجسمي أو النفسي للطفل، فالضعف الجسمي أو النفسي يقلل الدفاعات السيكولوجية للطفل، مما يكون لديه مخاوف من الاحتكاك بالناس أو المواقف المختلفة.

أشكال الخوف:

هناك العديد من المخاوف العامة عند الأطفال، منها:

١. مخاوف شائعة: الخوف من الأصوات المرتفعة، الحيوانات، المرتفعات، وسائل النقل، الوحوش، عيادة الطبيب.

٢. المخاوف الاجتماعية: الخوف من الغرباء، الخوف من النقد، حالات الغضب التي تنتاب الكبار وأصواتهم المرتفعة، المشاجرات أو الخلافات العائلية.

٣. مخاوف من الحوادث الطبيعية: الخوف من الرعد، المطر، البرق، الموت، الظلام، العواصف.

٤. الخوف من الإصابات الكبيرة والجراح: الخوف من العمليات الجراحية الحروب، الاختطاف، الحريق.

أنواع خاصة من الخوف:

أ) الخوف من الظلام: وهو خوف طبيعي يعتري الصغار والكبار، فالعقل البشري لا يستطيع التعامل مع المجهول، والظلام يجعل ما حولنا مجهول، وخوف الطفل من الظلام هو إحدى علامات عدم الفَهم الكامل لأي ظاهرة يتعرض لها الأنسان، فالطفل بعقلياته المحدودة لا يستطيع أن يدرك أن الأشياء موجودة حتى وإن لم يراها لأن الأشياء ثابتة ولا تتحرك بمفردها، فهو لا يعي أن الظلام يغطي الأشياء التي من حولنا وأنها مازالت موجودة ولكننا لا نراها. ونتيجة لتلك الحالة من عدم الإدراك، والخيال الخصب الذي يتمتع به الطفل، يرى خيالات وأشباح تثير في

نفسه المخاوف. وترى " جين بيرمان " أن التليفزيون من أسوأ المتسببين بهذه المشكلة لدى الأطفال. والوالدان لا يدركان كم يتأثر الأطفال بما يعرض على شاشات التلفزيون. وصورة ومناظر الأشياء المخيفة، والأصوات المصاحبة لها خلال العرض التليفزيوني للقصص الخرافية أو الواقعية المخيفة، كلاهما يعملان كعوامل إثارة وتنشيط الخوف والشعور به كحقيقة واقعية يعيشها دماغ الطفل وتفكيره".

ولكن مع كبر الطفل وزيادة نموه العقلي تقل تلك المخاوف حتى تختفي في السنوات المتقدمة من الطفولة، وكذلك مع تفسيرنا وتواجدنا بجوار الطفل لتهدئته وطمأنته تقل المخاوف نحو الظلام.

ب) **الخوف من الحيوانات** : هو نوع من الخوف يعاني منه الكثير من الأطفال من سن ٢-٤ سنوات، وليس من الضروري أن يكون الطفل قد تعرض لحادثة معينة مع الحيوانات التي يرهبها، أو أنه قد رأى أحد قد ناله أذى من تلك الحيوانات، ولكن هي مرحلة يمرُّ بها الطفل نتيجة لقلة خبراته وخوفه من كل جديد غير مألوف بالنسبة له، وسرعان ما تتبدد تلك المخاوف مع نضج الطفل، والتدرج معه لمخالطة الحيوانات التي يخاف منها.

وبالتالي فأكثر الأشياء التي تخيف الأطفال:

١. أشياء مؤذية، مثل الحيوانات المفترسة.
٢. أشياء يتوقعون الأذى منها، مثل: ركوب الطائرة أو الباخرة.
٣. أشياء غير ملموسة، مثل: الأشباح.. إلخ.

مظاهر الخوف:

للخوف مظاهر عديدة قد تظهر جميعها أو بعضها لدى الأطفال من هذه المظاهر:

- قوة خفقان القلب وسرعته.

- ظهور العرق على الجسم.
- صعوبة التنفس.
- شحوب الوجه، والشعور بالدوخة.
- برودة الأطراف والشعور بالقشعريرة.
- جفاف الفم والحنجرة.
- الصراخ أو البكاء.
- التجنب أو الهروب.
- التعبير عن عدم الارتياح والاضطراب والفزع .

الوقاية من المخاوف وضعف النفس:

١. عدم تخويف الأطفال.
٢. تبصير الأطفال بالأشياء المؤذية وكيفيه الحذر منها.
٣. توضيح ما هو غريب للطفل وتقريبه إلى إدراكه وربطه بأمور سارة للطفل.
٤. تشجيع الطفل على الاعتماد على نفسه ليتعود على الجراءة.
٥. ضبط انفعالات الكبار حتى لا يخاف الصغار.
٦. تقليل تحذير الاباء لأبنائهم.
٧. عدم المشاجرة أمام الأبناء.
٨. تعويد الطفل على مثيرات الخوف بصورة تدريجية.
٩. لابد من أن يكون الآباء قدوة حسنة أمام الأطفال.
١٠. إبعاد الطفل عن مصادر الخوف.

علاج مخاوف الأطفال:

هناك عدد من الأدوار التي يمكن أن يقوم بها الآباء لتقليل مخاوف الأطفال، ولا شك في أن معرفة أسباب الوقاية وممارسة سُبل العلاج تحد من وقوع أو تفاقم الكثير من الاضطرابات السلوكية الشائعة مثل الخوف. والقائمون على شئون الأسرة هم أقدر

الناس على تفادي المشكلات وتقدير أنسب السُبل لمعالجة المشكلة، ومن بين طرق العلاج التي يمكن للأسرة اتباعها:

- أولاً: أن يكون الآباء مثالاً للهدوء والاستقرار في تصرفاتهما أمام طفلهما الخائف، فيمارسا حياتهما بصورة طبيعية، بحيث يكون الجو الأسري المحيط بالطفل باعثًا على الطمأنينة والأمان، وحتى في وقت شعوره بالخوف يهدئاه ويتكلما معه بهدوء وثقة، ولا يعنفاه.
- ثانيًا: تقليل الحساسية والاشراط المضاد نحو مصدر الخوف، والقاعدة العامة هي أن الأطفال تقل حساسيتهم من الخوف عندما يتم إقران موضوع الخوف أو الفكرة المثيرة له بأي شيء سار، فمثلاً؛ لو وضعنا شيئًا يحبّه الطفل في حجرة شبه مظلمة (كالشيكولاتة)، ونقول له اذهب واحصل على تلك القطعة من الشيكولاتة بداخل الحجرة، وهكذا.
- ثالثًا: محاولة تقديم نماذج جيدة في التعامل مع المخاوف التي تثير شعور الخوف لدى الطفل. فالأب الذي يخاف من الفأر مثلاً؛ ليحاول أن يكتم تلك المخاوف أمام طفله ولا يظهرها أمامه.
- رابعًا: يحاول الوالدان تقليل نسبة الخوف لدى الطفل بإتباع (إستراتيجيات التعايش)، ففي حالة خوف الطفل من الظلام تحاول الأم الجلوس مع الطفل، ثم تخفض النور قليلاً، وتشعره بأنه معها في أمان، أو تظل الأم مع الطفل في حجرته إلى أن ينام.
- خامسًا: ليحاول الوالدين أن يكسبا طفلهما الثقة في نفسه.
- سادسًا: يجب ألا نقلل من حالة الخوف التي يتعرض لها الطفل، فبذلك سنجعله يخفي مخاوفه مستقبلاً، مما قد يؤدي لتفاقم الأمر من الناحية النفسية.

- سابعًا: لا نحاول إجبار الطفل على عمل شيء لا يريده كالجلوس بمفرده في الظلام، فقد يصيبه هذا بنوبات ذعر تؤدي لزيادة الخوف لا تقليله.
- ثامنًا: نعلم الطفل كيف يكون شجاع ولا نخجل من مخاوف أطفالنا. ومن المهم تعليم الطفل عن طريق الكلام والأفعال، أن القلق والخوف مشاعر طبيعية. وتحفيّز الطفل وتشجيعه على مواجهة مخاوفه، وذلك بتخصيص جوائز وحوافز عينية ومادية له.

دور المعلم في التغلب على مخاوف الأطفال:

١. تجنب أسباب الخوف التي سبق أن ذكرناها.
٢. إبعاد ما هو مخيف للطفل مؤقتًا حتى يذهب الخوف الشديد، ولتوفير بيئة خالية من المخاطر التي يهابها الطفل حتى يتمُّ العلاج السلوكي ويألف الطفل الموقف بالتدريج ويتخلص من الأوهام.
٣. يجب أن يستمع المعلم دائمًا للطفل ليتفهم مشكلته الجلية والخفية فننصت إليه وهو يعبر عن مخاوفه المكبوتة ولا نسفه مشاعره المحبطة.
٤. الاعتدال في حماية الطفل ومعاملته بطريقة متوازنة مع ضرورة تعويده على أداء مهامه التي يستطيع القيام بها بنفسه من دون كبير اعتماد على غيره.
٥. تجنب البرامج التليفزيونية المخيفة، التي تحكي تفاصيل دموية وتتضمن مشاهد عدوانية.
٦. انتقاء القصص البعيدة ما يسبب تخويف الطفل، والتركيز على القصص التي تبث معاني الإيمان والتفاؤل والثبات والشجاعة.
٧. التركيز على المهارات الحياتية وتطويرها (حل المشكلات - تكوين العلاقات الاجتماعية -التحكم بالانفعالات وضبط النفس).
٨. اختيار الألعاب المسلية التي تحمل قيم صحيحة فالألعاب الخشبية أو البلاستيكية الصغيرة للحيوانات وغيرها عندما تكون في يد الطفل فإنها تضفي

السرور، وتزيل التوترات، وتكسب الخبرات، ولهذا يستحسن انتقاء البرامج والألعاب التي تخضع لمراقبة تربوية من مؤسسات تخصصية.

٩. لا نعرض الطفل للمواقف التي يخاف منها، فالإجبار ليس حلاً فإذا كان الطفل يخشى البحر فلا نحمله معنا عنوة في الماء، وكذا إن كان يخاف من النمل فلا نضع بين يديه ما يخاف منه فالتدرج مهم في هذه الحالات.

١٠. لا نذكر أمام الآخرين عن شدة مخاوف الطفل، ولا نسخر منه.

١١. تشجيع اللعب الآمن، ومنع اللعب العنيف والمكافأة من أشكال تعزيز السلوكيات الحسنة التي تتسم بالشجاعة.

١٢. تدريب الطفل على عدد من الإستراتيجيات لمواجهة الخوف والتعامل معه وفق خطوات منهجية (التحكم في التنفس - طرد الشعور السلبي والأفكار الغامضة - التحرك الصحيح حسب متطلبات كل موقف).

سادساً: مص الإصبع Thumb sucking

تعدُّ عادة مصّ الإصبع، خصوصاً الإبهام من العادات الشائعة بين الأطفال وغالباً مَنْ هم تحت سنِّ السنتين من العمر. وترتبط هذه الممارسة عند الأطفال بحاجتهم إلى الطعام في المقام الأول، وقد تكون علامة من علامات الإرهاق والحاجة إلى النوم عند بعض الأطفال وكذلك علامة من علامات التسنين، أو قد تكون علامة من علامات الخجل لديهم، وأظهرت الدراسات أن (٣٠٪) من الأطفال في سنِّ المدرسة يستمرون في عادة مص الإصبع والتي يعبرون بها عن مللهم أو شعورهم بالتعب أو بالخوف والقلق، وعادة مص الإصبع ليست ذات تأثير عند الأطفال تحت سنِّ (٦) سنوات.

فعندما تبدأ الأسنان الدائمة في الظهور، تبدأ ظاهرة مصِّ الأصابع تأخذ منحى آخر وهو أنها تشكل مشكلة للطفل والأم. فهي تشوه الأسنان وهذا قد يغير شكل الطفل أيضاً. الأسنان لا تتضرر لوحدها بل حتى سقف الحلق قد يتغير شكله ودرجة تقعره أيضاً، فشدة المصِّ ومدته خلال اليوم والليل هما عاملان مهمان في ظهور المشكلات والمضاعفات. بعض الأطفال تتأذ لديهم حتى الأسنان اللبنية أي أن المضاعفات تظهر مبكراً جداً، كما يمكن أن نعتبره مصّ الأصابع مشكلة أيضاً عندما يقترن بعادة أخرى غير مستحبة مثل شدِّ الشعر.

تشخيص الحالة:

يتم تشخيص الحالة عن طريق:

- ملاحظة الأظافر وتفحصها.
- حساب عدد مرات المصِّ.
- تعرّف في أي المواقف يمصُّ فيها الطفل إصبعه.

- ما النشاطات التي تساعد على مصِّ الإصبع؟
- وهل هناك حركات أخرى مصاحبة للمصِّ؟

أشكال مصِّ الأصابع:

مـص الإبهـام أو السـبابة، مـص مقدمـة أو أطـراف الأصـابع أو مـص أصـابع القدم، وقد يكون المص دائم أو مؤقت.

أسباب مصِّ الأصابع:

١. عدم كفاية حليب الأم وشعور الطفل بالجوع.
٢. انفصال الطفل عن أمه.
٣. للفت الانتباه وتحقيق رغبة ما.
٤. شعور الطفل بالقلق بسبب ظروف اجتماعية.
٥. تغذية الطفل عن طريق الرضاعة الصناعية.
٦. ؟إيجاد نوع من السعادة والمتعة.
٧. دخول الطفل المدرسة.
٨. ولادة طفل جديد في الاسرة.

آثار مص الأصابع:

قـد تحـدث مشـكلات في الأسـنان – تشـوه الوجـه – صـعوبة في التـنفس – تشـوه الأسنان، كما يكون الطفل أقل استجابة للآخرين أثناء المصِّ، ويصبح منهمكًا في ذاته، ويساعد على الاستغراق في أحلام اليقظة، وتزداد المشكلة إذا استمرت مع الطفل بعد ظهور الأسنان الدائمة.

طرق الوقاية:

١. تقديم الوجبات الغذائية في مواعيدها، وإطالة مدة الرضاعة.
٢. استخدام الماصة الكاذبة كبديل لمصّ الإصبع.

٣. عدم إثارة ضجة حول مصِّ الإصبع عندما يكون الطفل صغيرًا.

٤. توفير الأمن والطمأنينة للطفل في المنزل.

علاج مصِّ الأصابع:

١. إدماج الطفل مع أطفال آخرين، لأن العزلة من العوامل المسببة للمشكلة.

٢. إبعاد المثيرات الشرطية، وخصوصًا الاطفال الذين يبدؤون بالمصِّ أمام التلفاز.

٣. إيجاد بدائل أخرى كاللعب مع الطفل.

٤. مساعدة الأطفال من دون سن الثالثة في تخفيف المشكلة ، كإشراكه في الألعاب والأنشطة.

٥. استخدام جدول المراقبة للتعرف على أكثر الاوقات لمص الأصابع للأطفال من (٣-٥ سنوات).

٦. التحدث مع الطفل بهدوء عن المشكلة، مع الأطفال بعد الخامسة.

٧. استخدام برنامج قطع العادة، من خلال جدول المراقبة لمدة أسبوع.

٨. اللجوء إلى أخصائي نفسي في الحالات الشديدة.

دور المعلمين في مواجهة المشكلة وعلاجها:

١. إزالة أسباب توتر الطفل بالتعاون مع الوالدين.

٢. تشجيع الطفل على الإقلاع التدريجي، وعدم محاولة الضغط على الطفل لوقف هذه العادة في السنوات الأولى من عمره.

٣. شغل الطفل بالأعمال اليدوية.

٤. تنظيم الرحلات للطفل وتشجيع المواهب.

٥. عدم المبالغة في اهمية هذه العادة، وعدم تكرار التهى لأنه يسبب العناد.

٦. تجنب العادة السيئة وتعلّم عادات جديدة.

٧. عدم توبيخه أمام التلاميذ.

8. إذا كان الطفل يمصُّ إصبعه عند الشعور بالخوف فيجب البحث عن الأسباب التي أدت لهذا الخوف لديه وتخليص الطفل من تلك المشاعر.
9. إرشاد الطفل وتوجيهه حول ضرورة البُعد والتخلص من المشكلة.
10. يمكن استخدام قميص نوم ذي أكمام طويلة جداً أثناء نوم الطفل فمن شأنها أن تعيق مصّ الإصبع، كما يمكن إشغال الطفل عن ممارسة هذه العادة بوضع كرة صغيرة في يدّه حتى تبقيه مشغولاً عن مصِّ الإصبع.

نصائح وإرشادات للتخلص من مصِّ الإصبع لدى الطفل:

- ابدأ في التفكير في الحلِّ بكافة طرقه وأولها الحديث مع الطفل فقط عندما يكون المصّ مشكلة. مثلاً؛ عندما تبدأ الأسنان الدائمة في الظهور أو عندما يكون المصُّ شديداً بحيث يشوه حتى الأسنان اللبنية.
- معظم حالات مصِّ الأصابع يتمُّ شفاؤها وتختفي بخطوات بسيطة من قبل الوالدين ولا يحتاج الأمر للجوء للطبيب.
- تجنب نزع الإصبع بنفسك من فم الطفل وقم فقط بتنبيهه أو الطلب منه بلطف أن يبعد إصبعه.
- تجنب أن توقظ الطفل من نومه فقط لكي يتوقف عن مصِّ إصبعه.
- يتمُّ تنبيه الطفل بشكل متكرر إذا لوحظ أنه بدأ بمصِّ إصبعه وبطريقة عطوفه.
- تجنب كل الوسائل العقابية هذه الطريقة تزيد من المشكلة وتفاقم منها وتزيد من مضاعفاتها، إيجاد الخوف والفزع في نفس الطفل يضيف سبباً آخر لمصِّ الأصابع غير الأسباب الطبيعية.
- تكلم مع الطفل وبأسلوب مبسط (وغير مخيف) بأن مصَّ الأصبع قد يؤذيه، قدر الإمكان تجنب أن يفهَم الطفل منك أن تكرهه هو بل ما يجب أن يصله من معلومة هو أن سلوكه غير مرغوب فيه فقط.

- عندما يكون الطفل كبيرًا نوعًا ما (سبع سنوات مثلاً)، فدع له مجالاً أكبر لاختيار طريقة الحل ولا تجعل خطتك العلاجية هي المثلى.
- لو لاحظت أنك ستنفعل أو لا تجيد طريقة توصيل المعلومة، فأشرك معك مَنْ يجيد ذلك وبالذات طبيب الأسنان حيث إن لديه من الخبرة ووسائل الإيضاح والمجسمات ما يعين على ذلك.
- اتبع أسلوب التشجيع والمديح عندما تلاحظ أن طفلك توقف عن المصِّ.
- تعزيز الطفل في كل فترة لا يمصُّ فيها إصبعه سيشجعه كثيرًا.
- لا تناقش المشكلة أمام الأغراب ولا أمام أخوته أيضًا بصفة الإحراج له أو كوسيلة ضغط أو مقارنة بينه وبين الآخرين الذين لا يمصّون أصابعهم. ذلك قد يكون كفيلاً بزيادة المشكلة بدلاً من حلّها.
- الإحلال والاستبدال: أو من الممكن أن نسميه التعويض الحسّي. وهو أن نستبدل الإصبع بشيء آخر مثل الحلاوة أو المصاصة التي يحبّها الأطفال.
- تغطية اليد ليلاً بوساطة قفازات خاصة.
- العلاج بالتنفير: ويأتي متأخرًا بعد فشل التشجيع والتعامل الإيجابي وليس من البداية كما يتوهم البعض، ويعتمد على ربط شيء مزعج للطفل مع مصِّ الإصبع ومنه وهو الأكثر شيوعًا الطعم المر. يتمُّ وضع مادة مُرة أو لاذعة أو غير مستساغة للطفل على أصابعه.
- عندما تفشل كل هذه الطرق، فيفضل اللجوء للطبيب لتصميم أداة فموية أو يدوية للطفل للحدِّ من المشكلة أو بإضافة مقترحات أخرى مثل استشارة الطبيب النفسي المختص في الأطفال حيث إنه توجد حالات نادرة من القلق النفسي لدى الأطفال تحتاج لتشخيص المختصين والمساعدة في حلّها.

سابعًا: قضم الأظافر Biting Nails

تعتبر عادة قضم الأظافر من العادات السيئة التي يقوم بها كثير من الأطفال، وتتسبب عادة قضم الأظافر في نقل الجراثيم والأمراض إلى أمعاء الطفل، وغالبًا ما يلجأ الطفل لقضم أظافره حينما يكون عصبيًّا أو متوترًا ويصاحب هذه المشكلة: انفعال الغضب، وحالة من التوتر والغضب، وهي مشكلة يعاني منها (٢٥-٣٦٪) من الطلاب، كما إنها شائعة بين الإناث أكثر من الذكور، وهي تعتبر من اضطرابات الوظائف الفمية مثل عدم الإحساس بالطعم.

ويعتبر قضم الأظافر من أساليب النشاط الشاذ الذي لا يؤدي إلى نتيجة إيجابية، فهو سلوك انسحابي يتميز بالشدّة والقوة، بحيث يبعد صاحبه عن الواقع، ويساعده في السرحان وأحلام اليقظة، وعدم القدرة على التركيز، وقد يؤدي إلى آثار ومضاعفات جسمية تؤثر في الصحة العامة، ويندر حدوثه قبل سنِّ الثالثة، ويكثر بين الثامنة والعاشرة من العمر، وتعتبر هذه المشكلة دليل على وجود القلق.

أشكال قضم الأظافر:

هناك أشكال عديدة لمصِّ الإصبع منها:

أ) مص الإبهام: يضع الطفل إصبع الإبهام داخل الفم وتكون بقية أصابع اليد مغلقة .

ب) مص السبابة: يضع الطفل السبابة في الفم في وضع رأسي داخل الفم عموديًّا على الفك.

جـ) مص مقدمة أو أطراف الأصابع الأطول في اليد: يقوم بها نسبة قليلة جدًّا من الأطفال.

د) المص الدائم للأصابع: ويقوم به بعض الأطفال.

هـ) المص المؤقت: وهو ما يلجأ إليه بعض الأطفال ليلاً وبخاصة أثناء النوم، والبعض الآخر يلجأ إليها قبل النوم.

وقد يكون هذا المص:

١. خفيف: الجزء العلوى من الظفر واضح.
٢. معتدل: تختفي المنطقة البيضاء بفعل القضم المستمر.
٣. قوى: يطال الاتلاف الربع الاعلى من الظفر.

أسباب المشكلة:

تتعدد أسباب تلك المشكلة، فمنها بسبب:

١. سوء التوافق الانفعالي: يقوم الطفل بهذه العملية من أجل رغبة في إزعاج الوالدين بالدرجة الأولى وللآخرين المحيطين به ويعتقد بهذا الفعل أنه يعاقبهم.
٢. عقاب الطفل لنفسه: يعتقد البعض أن قيام الطفل بقضم أظافره نتيجة شعوره بالسخط على والديه وعدم استطاعته تفريغ شحنته فيهم؛ لذلك يرى تفريغ هذه الشحنة في نفسه وبالتالي : تتجه عدوانيته تجاه نفسه وليس تجاههم.
٣. إحاطته بتوقعات أكبر من إمكاناته: حيث يبالغ الأهل بإحاطة الطفل ويخشي من عدم قدرته على تحقيق هذه التوقعات تظهر في صورة توتر وقلق ومن بين مظاهره قضم الأظافر.
٤. تقليد الآخرين: وجود نماذج أخرى تمارس عملية قضم الأظافر ويقدم الطفل بتقليدهم ووجود هذه النماذج يؤدي إلى تثبيت هذه العادة وتأخر الطفل في العدول عنها .
٥. اضطراب نفسي لدى الطفل.

٦. انخفاض المستوى الاقتصادي للأسرة وعدم تعويد الأطفال على النظافة.
٧. ضعف رقابة الوالدين والسماح للأطفال بهذه العادة.
٨. معاملة الطفل بصورة سيئة وعدم إظهار المودة والحبّ له.
٩. محاولة من الطفل للتخلص من زوائد الأظافر.
١٠. تفريغ الطفل لمشاعر القلق والتوتر التي قد تسيطر عليه نتيجة مشاهدة فيلم رعب أو إهانة أحد الوالدين له أو مشاجرة له مع أحد زملائه.
١١. شعور الطفل بالغيرة من جانب شخص ما، فيلجأ إلى قضم الأظافر.
١٢. إحساس الطفل بأنه شخص غير مرغوب فيه وجميع مَنْ حوله ينتقضونه، مما يترتب عليه شعوره بالغربة على الرغم من وجوده بين أسرته.

علاج المشكلة:

العلاج السلوكي ويشمل محورين رئيسين:

- الأول: التعرف على المسببات لهذه العادة.
- الثاني: تعلّم استجابات معاكسة.

إلى جانب ضرورة:

١. تقليم أظافر الطفل أولاً بأول وعدم تركها تطول.
٢. توفير الجو النفسي الهادئ للطفل وأبعاده عن مصادر الازعاج والتوتر.
٣. وضع مادة مُرة على أظافر الطفل بشرط تعريف الطفل بالهدف من ذلك.
٤. مكافأة الطفل مادياً ومعنوياً في تعزيز عدم قرض الأظافر فالثواب يفيد أكثر من العقاب.
٥. مناقشة الطفل ولفت نظره بضرورة إقلاعه عن هذه العادات المنبوذة من قبل الآخرين.

٦. استخدام أجهزة التسجيل مثلاً تسجيل كلمة " لن اقضم أظافري " على شريط وإسماعه الطفل قبل النوم أو أثناء النوم.

٧. إشغال الطفل بأنشطة مختلفة تمتصُّ الطاقة والتوتر كألعاب العجين وطين الصلصال والعاب الرمل والماء مع شغل الطفل بالنشاط اليدوي.

وتتلخص أهم الحلول للتخلص من عادة قضم الأظافر عند الأطفال، في:

- الجلوس مع الطفل والتحاور معه وإشعاره بأنه شخص ناضج؛ لكي يشعر بالمسئولية، وإفهامه أن تلك عادة خاطئة.
- إفهام الطفل مخاطر عادة قضم الأظافر مع التوضيح للطفل بأن عادة قضم الأظافر تعدُّ عادة سيئة كما أنها تلحق أمراضًا عديدة بالجهاز الهضمي.
- تجنب توبيخ الطفل حول عادة قضم الأظافر أمام زملائه أو الآخرين حتى لا يشعر بالسخرية أو النقص.
- الاهتمام بأن ينشغل الطفل بممارسة بعض الأعمال التي يستخدم فيها كلتا اليدين.
- إفساح المجال أمام الطفل بأن يذهب مع زملائه في رحلة أو أن يأتوا إلى البيت ليقضوا وقتًا ممتعًا يلعبون ويمرحون بلا قيود.
- مساعدة الطفل في أداء الواجبات المنزلية، في حالة ما إذا كان سبب توتر الطفل واللجوء إلى قضم الأظافر هو التوتر من كثرة الواجبات.
- إبعاد الطفل عن مشاهدة الأفلام المرعبة، حتى لا يصاب بالتوتر ومن ثم يقوم بعادة قضم الأظافر.

دور المعلمين في حل المشكلة:

١. شغل التلميذ بأعمال يدوية.

٢. استخدام أسلوب التشتيت لصرف نظر الطفل عن السلوك بأمر يحبّه.

٣. عدم القاء اللوم على الطفل، حتى لا يقوم بها في الخفاء.

٤. إشباع حاجات الطفل النفسية وعدم التقليل من شأنه.

٥. تجنب القسوة في معاملة الطفل.

٦. عدم تكليف الطفل فوق طاقته مما قد يسبب له التوتر.

الخدمات الارشادية:

هناك مجموعة من الخدمات الإرشادية تقدم للأطفال لسرعة التخلص من هذه العادة السيئة:

١. جلسات التنفيس الانفعالي.

٢. تقليم الأظافر.

٣. عدم تحقير التلميذ.

٤. مكافأة التلميذ اذا اقلع عنها.

٥. ممارسة قضم الأظافر أمام المرآة عدة مرات، مما يجعله يسيطر إراديًّا عليها.

٦. تعويد الطفل على ممارسة الأنشطة المختلفة.

٧. الراحة والهدوء للتغلب على المشكلة.

٨. لبس قفاز لفترة زمنية للتخلص من العادة.

ثامناً: التبول اللاإرادي Bedwetting

التبول اللاإرادي من أكثر الاضطرابات شيوعًا في مرحلة الطفولة، وهو عبارة عن الانسياب التلقائي للبول ليلاً أو نهارًا ، أو ليلاً ونهارًا معًا لدى طفل تجاوز عمره الأربع سنوات ، أي السن التي يتوقع فيها أن يتحكم الطفل بمثانته.

ويمكن أن يكون التبول أوليًّا Primary بحيث يظهر في عدم قدرة الطفل منذ ولادته وحتى سنّ متأخرة على ضبط عملية التبول. أو يكون التبول ثانويًّا Secondary بحيث يعود الطفل إلى التبول ثانية بعد أن يكون قد تحكم بمثانته لفترة لا تقل عن سنة. وفي بعض الأحيان يترافق التبول اللاإرادي بالتبرز اللاإرادي أيضًا.

يتبول الأطفال الرضع لاإراديًّا في أثناء فترات النوم واليقظة، ويستمرون في ذلك إلى أن يصلوا مرحلة يمكنهم فيها التحكم في المثانة. وينمو الأطفال في معدلات مختلفة، كما تختلف نسبة تبولهم اللاإرادي في أثناء الليل.

فبعض الرضع ينام طوال الليل من دون أن يتبول منذ لحظة ولادته، ولكن يوجد أيضًا أطفال يتبولون لاإراديًّا وهم في عامهم الخامس على الرغم من قدرتهم على استخدام المرحاض. ومن ملاحظة النمو الطبيعي للطفل لوحظ أن: خلال السنة الأولى: كل طفل صغير يتبول في ثيابه وفي سريره، وخلال السنة الثانية: يبدأ بعض الأطفال مرحلة عدم التبول اللاإرادي في أثناء ساعات النهار وتنخفض نسبة تبولهم أيضًا في الليل، وخلال السنة الثالثة: تصبح الليالي التي لا يتبول فيها الطفل أكثر تكرارًا. ويبدأ الوالدان بملاحظة ظاهرة استيقاظ الطفل عند امتلاء مثانته فيناديهما ليأخذاه إلى المرحاض، ويبدأ معظم الأطفال في الحفاظ على جفافهم في الليل عند بلوغهم سنّ الثالثة، وعندما يكون لطفل معين مشكلة في التبول أثناء النوم بعد هذا السنّ، يصاب الوالدين بالقلق.

ويؤكد الأطباء أن التبول أثناء النوم ليس بمرض، لكنه عرض، بل عرض شائع إلى حد ما. وقد تقع بعض حالات التبول أثناء النوم، بخاصة عندما يكون الطفل مريضًا.

حقائق يجب أن يعلمها الآباء حول تبول الأطفال أثناء النوم:

- ١٥ ٪ من الأطفال تقريبًا يعانون التبول أثناء النوم بعد سنِّ الثالثة.
- حالات التبول أثناء النوم تنتشر بين الأولاد أكثر من البنات.
- يرث الطفل هذه العادة من بعض أفراد الأسرة.
- عادة ما يتوقف التبول أثناء النوم عند البلوغ.
- معظم مَنْ يعانون التبول أثناء النوم ليس لديهم مشكلات عاطفية.

ما أسباب التبول اللاإرادي عند الأطفال ؟

هناك عوامل نفسية واجتماعية وتربوية وفسيولوجية مرتبطة بهذه المشكلة لدى الأطفال كالتالي:

أ) العوامل الاجتماعية والتربوية:

- الإهمال في تدريب الطفل على استخدام المرحاض؛ لكي تتكون لديه عادة التحكم في البول.
- التدريب المبكر على عملية التحكم مما يسبب قلقًا لدى الطفل.
- استخدام القسوة والضرب من قبل الوالدين.
- التفكك الأسري مثل الطلاق والانفصال وتعدد الزوجات وازدحام المنزل وكثرة الشجار أمام الطفل.
- بداية دخول الطفل للمدرسة والانفصال عن الأم.
- الانتقال أو الهجرة من بلد لآخر أو من مدينة لأخري.
- الغيرة بسبب ولادة طفل جديد في الأسرة.
- نقص الحب والحرمان العاطفي من جانب الأم.

ب) **العوامل الفسيولوجية أو العضوية:** وتتمثل العوامل الفسيولوجية في وجود أسباب تتعلق بالنوم العميق لدى الطفل، وعادة ما ترتبط العوامل الاجتماعية والتربوية والنفسية بالعوامل الفيسيولوجية في أسباب التبول اللاإرادي عند الطفل، قد يدل التبول أثناء النوم بين الأطفال الذين تجاوزوا الثالثة أو الرابعة على وجود مشكلة في الكلى أو المثانة، وفي بعض الحالات يكون السبب فيه راجعًا إلى بطء تطور التحكم في المثانة عن المعدل المعتاد، أو وجود بعض أنواع الديدان كالدودة الدبوسية. أو بعض حالات فقر الدم ونقص الفيتامينات، كما أن بعض الأمراض العصبية مثل حدوث نوبات الصرع أثناء النوم قد تسبب سلس البول.

جـ) **أسباب نفسية:** هناك عدة أسباب نفسية قد تؤدي إلى التبول أثناء النوم مثل:

- عندما يبدأ طفل في التبول أثناء النوم بعد عدة شهور من الجفاف أثناء الليل، فهذا يعكس مخاوف عدم الأمان. وقد يأتي هذا بعد تغييرات أو أحداث تجعل الطفل لا يشعر بالأمان.
- الانتقال إلى منزل جديد.
- افتقاد عضو من أعضاء الأسرة أو شخص محبوب.

التبول الليلي اللاإرادي عند الأطفال:

التبول الليلي اللاإرادي من الظواهر المنتشرة بين الأطفال، وقد وجد أنها تحدث في الأطفال الذكور أكثر من الإناث . وهو عدم مقدرة الطفل على التحكم في التبول ليلاً في وقت يفترض أن تكون لديه القدرة على ذلك.

ما أسباب التبول الليلي اللاإرادي؟

التبول الليلي اللاإرادي لا يحدث بسبب شرب كميات كبيرة من السوائل قبل النوم، وهي ليست مشكلة نفسية، ولا تحدث بسبب كسل الطفل عن القيام بالتبول، وإنما هي عملية غير مقصودة لدى الأطفال، ومن بين أسباب التبول الليلي اللاإرادي:

١. أسباب وراثية: وجد أن معظم الأطفال المصابين بهذه الظاهرة كان آباؤهم يعانون من نفس المشكلة في الطفولة.
٢. صعوبة النهوض من النوم.
٣. أسباب هرمونية (نقص في إفراز الهرمون المنظم للسوائل من الغدة النخامية).
٤. عيوب ولادية في الجهاز البولي.
٥. مشكلات في العمود الفقري.
٦. عوامل نفسية (سوء المعاملة في المنزل، تعرض الطفل لضغط نفسي مثل: قدوم مولود جديد أو دخول الطفل السنة الدراسية الأولى).
٧. مرض السكري.

كيف يمكن معالجة ظاهرة التبول الليلي اللاإرادي عند الأطفال ؟

كثيرٌ من الأطفال يتغلبون على هذه المشكلة من دون اللجوء إلى العلاج؛ وذلك بمرور الوقت، وهناك طريقتان للعلاج:

١. العلاج السلوكي.
٢. العلاج الطبي.

كلتا الطريقتين لا تكون ناجحة إلا بالتعاون بين الأسرة والطبيب، ولقد وجد أن استخدام مذكرة يومية بالأيام التي لا يوجد فيها تبول ليلي يكون مهمًا خلال فترة العلاج، هذه المذكرة سوف تحمل الطفل جزءًا من مسئولية العلاج.

أولاً: العلاج السلوكي:

هذا العلاج لا يعتمد على استخدام عقاقير أو أدوية ومن الأفضل البدء بهذه الطريقة. وينقسم العلاج السلوكي الى:

١- علاج تشجيعي: هذه الطريقة تعتمد على استخدام مذكرة يومية لحساب الأيام التي يكون فيها الطفل جافًا خلال الليل ومكافأته تبعًا لذلك، والمهم في هذه الطريقة عدم استخدام اللوم والتوبيخ المستمر للطفل.

٢- علاج سلوكي شرطي: في هذه الطريقة يستخدم جرس تنبيه هذا الجرس يكون مثبت في مرتبة نوم خاصة وتباع هذه المراتب في محلات الصيدلة، بحيث يحدث تنبيه للطفل بمجرد البدء في التبول، هذا التنبيه إما أن يكون عن طريق جرس أو عن طريق الاهتزاز، وبهذه الطريقة ينتبه الطفل ويتعلم تدريجيًّا القيام بالتبول. هذه الطريقة تكون ناجحة إذا استخدمت مع الطريقة الأولى وهي استخدام المذكرة اليومية، ويفضل استخدام هذه الطريقة للأطفال بعد سن السابعة.

٣- تمرين الطفل خلال الفترة النهارية: على التحكم في التبول لمدة طويلة وذلك يتم عن طريق تنظيم أوقات الذهاب للحمام، وعمومًا الطرق السلوكية تحتاج إلى الصبر ومرور الوقت فمثلاً العلاج السلوكي الشرطي يحتاج إلى مدة أربع أسابيع على الأقل لظهور النتيجة.

ثانيًا: العلاج الطبي:

إذا كان عمر الطفل أكبر من سبع سنوات ولم ينجح معه العلاج السلوكي، فإن الطبيب يمكنه مساعدة الطفل والأسرة بوصف علاج طبي، وينقسم العلاج الطبي إلى نوعين من الأدوية الأول عبارة عن عقار يعطي للطفل في الفترة المسائية، والنوع الثاني يكون عبارة عن بخاخ للأنف يستخدمه الطفل مرة في اليوم في الفترة المسائية أيضًا.

دور الوالدين في مواجهة المشكلة:

مشكلة التبول الليلي اللاإرادي تتسبب في كثير من الأحيان في إيجاد مشكلات نفسية سلوكية عند الطفل بسبب شعور الطفل بالذنب والإحراج، ومن الأفضل أن يشارك الطفل في حلِّ هذه المشكلة عن طريق مناقشته فيها وتشجيعه بالطرق السلوكية السابقة، ولكن هذا لا يعني أن يوبخ الطفل بشدّة لمشكلة تعتبر خارجة عن إرادته، ومن المهم أيضًا أن نفهم أن هذه المشكلة تكون في كثير من الأحيان وراثية وقد تنتهي بمرور الوقت.

ومن بين الأدوار التي يمكن أن يقوم بها الوالدين:

١- تدريب الطفل على الذهاب للحمام قبل النوم.

٢- عدم استعمال الحافظة.

٣- التأكد من استحمام الطفل صباحًا قبل الذهاب للمدرسة.

٤- تغطية سرير الطفل بأغطية ماصّة للرطوبة سهلة الغسل وواقية من التسرب.

٥- الحدُّ من استخدام المشروبات الغازية والقهوة والشاي في الفترة المسائية.

برنامج إرشادي ونصائح للأم لمساعدة الطفل في التخلص من المشكلة:

- توفير الأجواء الهادئة في المنزل لإبعاد التوتر عن الطفل.
- توجيه الأخوة بعدم السخرية والاستهزاء من مشكلة الطفل.
- ضرورة مراجعة الطبيب للتأكد من سلامة الجهاز البولي عند الطفل.
- ضرورة الالتزام بالهدوء والتحلي بالصبر على مواجهة هذه المشكلة، وإشعار الطفل بالثقة في النفس وترديد عبارات الثناء والتشجيع بأنه قادر على التغلب على هذه المشكلة.
- مساعدة الطفل على النوم ساعات كافية بالليل، وأن ينام بالنهار ساعة واحدة فقط، لأن ذلك يساعد في التغلب على مشكلة عمق النوم.
- من الضروري أن يكون غذاء الطفل صحيًّا وخاليًّا من التوابل الحارة أو من الموالح والسكريات.
- تشجيع الطفل على الذهاب لدورة المياه قبل النوم.
- تشجيع الطفل على عدم تناول المشروبات الغازية والسوائل قبل النوم بثلاث ساعات على الأقل.
- توفير أغطية وملابس داخلية بقرب الطفل وتشجيعه على القيام بتبديلها بمفرده في حالة التبول؛ حتى يشعر بمسئوليته تجاه هذه المشكلة.

- إيقاظ الطفل بعد ساعة ونصف الساعة تقريبًا من نومه لقضاء حاجته، وتكرار ذلك بعد ثلاث ساعات من نومه.
- استخدام أساليب التشجيع اللفظي مثل: " أنت اليوم ممتاز لأنك لم تبلل فراشك".
- الطلب من الطفل ومساعدته في إعداد جدول أسبوعي يسجل فيه الأيام الجافة، وذلك بمكافأة رمزية.

تاسعاً: اضطرابات نقص الانتباه
Attention Deficit Disorder

يؤثر نقص الانتباه وفرط الحركة على (٣- ٥٪) من أطفال المدارس تقريباً، ويعتبر اضطراباً سلوكياً ذا سبب عضوي يحتوي على مكونات جينية وراثية تتأثر بعوامل بيئية، ولكن الأسباب غير مؤكدة، بالإضافة إلى أن الأطفال المصابين بنقص الانتباه وفرط الحركة يواجهون صعوبات ومشكلات أكاديمية، وتدل الدراسات التي أُجريت على عينات من الأطفال أن ما نسبته (٥٠٪) من الأطفال المصابين بنقص الانتباه وفرط الحركة يجب أن يخضعوا لبرامج التعليم الخاص والذين يندرج غالبيتهم تحت صعوبات التعلّم أو الاضطرابات السلوكية، ومع ذلك فإن نقص الانتباه وفرط الحركة لا تعتبر مشكلة تعليم خاص لأن معظم الأطفال المصابين بنقص الانتباه يدرسون ضمن المدارس العامة.

أعراض اضطرابات نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال:

أولاً: عدم التركيز:

تبدأ ظهور أعراض عدم التركيز عند الطفل من سنِّ (٨ - ٩) سنوات، وغالباً ما تستمر هذه الأعراض مدى الحياة، ويؤثر عدم التركيز في النمو المعرفي لدى الطفل، ومن علامات عدم التركيز الأساسية:

- عدم الانتباه للتفاصيل، والقيام بأخطاء ساذجة في الواجبات الدراسية أو في أي نشاط اجتماعي آخر.
- عدم القدرة على استيعاب كلام الآخرين عند التحدث إليه، بحيث يبدو الطفل وكأنه لا يستمع لمَنْ يحدثه.
- عدم إتباع التعليمات مع وجود صعوبة في إنجاز المهام المطلوبة، سواء في المدرسة أو البيت.
- كثرة النسيان وفقدان الأشياء بسهولة، مثل: اللعب والكتب المدرسية والأقلام.

- وجود صعوبة في تنظيم المهام أو الأنشطة المطلوبة من الطفل.
- تجنب وكراهية ممارسة الأنشطة التي تتطلب بذل مجهود ذهني (مثل الواجب المدرسي).
- سهولة التشتت في حالة وجود أي عوامل خارجية مساعدة.

ثانيًا: كثرة الحركة والنشاط الزائد:

تظهر أعراض كثرة الحركة والنشاط الزائد لدى الطفل في سنِّ خمس سنوات، وتزداد حدة الأعراض ما بين سنّ (٧-٨) سنوات. ومع تقدم سن الطفل تبدأ هذه الأعراض في الاختفاء تدريجيا، ومن أهم السلوكيات المميزة لهذا العرض:

- كثرة الحديث.
- عدم القدرة على الجلوس لمدة طويلة، وكثرة حركة اليدين من دون سبب.
- كثرة الحركة داخل الفصل من دون سبب مبرر.
- كثرة الجري والتسلق على الأشياء والمرتفعات.
- الصخب وعدم الهدوء عند المشاركة في أي نشاط ترفيهي.

ثالثًا: الاندفاعية:

ترتبط السلوكيات الاندفاعية ارتباطًا وثيقًا بالنشاط الزائد وكثرة الحركة. وتظهر العلامات المميزة لهذا العرض أيضًا في سنِّ السابعة أو الثامنة من عمر الطفل، إلا أنها تظل موجودة معه حتى مع تقدم العمر وبلوغه مرحلة الشباب. ومن أبرز السلوكيات المميزة للاندفاعية لدى الطفل:

- الاندفاع في الإجابة عن الأسئلة قبل تكملة سماع السؤال.
- عدم قدرة الطفل على انتظار دوره.
- مقاطعة الطفل للحوارات التي تدور أمامه والتدخل في مناقشات الآخرين من دون سبب.

أسباب اضطرابات نقص الانتباه:

يقسم الباحثون العوامل المسببة لاضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد إلى نوعين رئيسين يتفرع منهما العديد من الأسباب الفرعية المهمة يمكن الإشارة إليها على النحو التالي:

أولاً: العوامل البيولوجية:

١- خلل وظائف المخ: قد يرجع اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد إلى وجود شذوذ طفيف في وظائف خلايا المخ؛ الأمر الذي يؤدي إلى التشتت وعدم ضبط النشاط الحركي. ولقد كشف العديد من الباحثين عن وجود شذوذ في رسم المخ لدي حوالي (٦٥٪) من التلاميذ ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد؛ وبخاصة تلك الحالات المصحوبة بعلامات عضوية، أي أن هذا الاضطراب يحتمل أن يكون من أسبابه تلف نسيج المخ؛ حيث أن البعض منهم يعاني من نوبات صرعية، وقد يظهر الشذوذ في رسم المخ لدى (٢٥٪) من الحالات غير المصحوبة بعلامات عضوية.

٢- أسباب ترتبط بالعوامل الوراثية: لبحث العلاقة بين العوامل الوراثية ونقص الانتباه والنشاط الزائد كشفت نتائج دراسة ويس وآخرون (Weiss, M. et al. 2000) أن أكثر من نصف الآباء من ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يورثون لأطفالهم هذا الاضطراب، كما أن معدل انتشاره بين أبناء تلك الأسر يزيد لدى التوائم عنه لدى غير التوائم، ويزيد أكثر بين التوائم المتشابهة.

٣- الخلل الكيميائي للناقلات العصبية: لقد أكدت العديد من الشواهد أن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يرجع إلى طبيعة الخلل الكيميائي للناقلات العصبية، في منطقة ما تحت القشرة الدماغية وعدم التوازن في الدوبامين Dopamine والنورأدرينين Noradrenergic يسهمان في ظهور اضطراب

نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى التلاميذ؛ ولذلك فإن تناول العقاقير التي تنشط الدوبامين والنورادين تخفف أعراض هذا الاضطراب.

ثانياً: العوامل البيئية:

١- **أسباب تتعلق بمرحلة الحمل والولادة وما بعدها:** قد تتعرض الأم أثناء فترة الحمل لبعض المؤثرات وبخاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى التي قد تعرض الجنين بعد ولادته للإصابة باضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، ومنها: تعرض الأم للإشعاعات الضارة، أو التعرض للأشعة مثل أشعة أكس، أو تناول بعض العقاقير الطبية التي لها تأثيرات سلبية على الجنين أو تعاطي المخدرات والمشروبات الكحولية أو إصابة تلك الأمهات ببعض الأمراض الخطيرة مثل الحصبة الألمانية أو الزهري أو التوكسوبلازما وغيرها من الأمراض الأخرى.

كما أن هناك عوامل قد تحدث أثناء عملية الولادة؛ قد تتسبب في إصابة مخ الجنين أو تلف بعض خلاياه ومنها: نقص الأوكسجين أثناء الولادة، أو الولادة العسرة، أو استخدام الآلات لسحب الجنين كالجفت وآلة الشفط. بالإضافة إلى ما سبق فهناك عوامل تتعلق بما قد يتعرض له الطفل بعد ولادته قد تؤثر في إصابة خلايا المخ والمراكز العصبية المسؤولة عن تركيز الانتباه، ومنها: تعرض الطفل للحوادث والسقوط على رأسه، أو الإصابة بالأمراض ومنها الحمى الشوكية والالتهاب السحائي والدفتيريا وغيرها من الأمراض الأخرى، أو التعرض للتسمم ببعض الغازات السامة كغاز أول أكسيد الكربون، والرصاص، والزئبق.

٢- **أسباب تتعلق بنوع الغذاء:** أشارت بعض الدراسات إلى أن هناك علاقة بين أنواع معينة من الأغذية واضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ، وبخاصة تلك التي تحتوي على السكريات، والمواد الحافظة، والألوان الصناعية مثل:

الشيكولاتة والآيس كريم والمشروبات الغازية والمأكولات وغيرها من المأكولات الأخرى. إلا أنه في المقابل توصلت دراسات أخرى إلى عدم تأثير هذه المواد الغذائية على سلوكيات التلاميذ، بل الأكثر من ذلك فقد تبين أن منع الآباء لأطفالهم لتناولها يزيد من غضب هؤلاء التلاميذ؛ مما يؤدي بهم إثارة آبائهم نحوهم بحركات استفزازية.

٣- أسباب تتعلق بالعلاقات الأسرية: أكد العديد من الدراسات أن هناك علاقة بين أساليب المعاملة الوالدية غير السوية واضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، حيث كشفت نتائج تلك الدراسات عن أن التلاميذ ذوي اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد أكثر إدراكًا لاتجاهات الآباء والأمهات السلبية "التسلط، والتذبذب، والتفرقة، وإثارة الألم النفسي" عن إدراكهم للاتجاهات السوية.

طرق العلاج:

١- فحص الطفل جسميًّا للتأكد من خلوه من الأمراض العضوية.

٢- بعض الاطفال يكون لديه اضطراب بسيط قد ينتهي عند بلوغ الطفل (١٢) سنة.

٣- استخدام العقاقير الطبية.

٤- الكشف على القدرة العقلية للطفل والتذكر والانتباه.

٥- استخدام اساليب التعزيز والتدريب على التحكم في النفس.

دور الوالدين في علاج المشكلة:

١. البحث عن الأسباب العضوية والتعاون مع المختصين.

٢. العلاج النفسي.

٣. إفهام الطفل المشكلة الموجودة لديه وتبسيطها.

٤. التحدث عن النفس.

٥. الاسترخاء العضلي.

دور المعلمين في مواجهة مشكلة نقص الانتباه وفرط الحركة:

وهكذا يتضح مما سبق مدى أهمية دور المعلمين والمعلمات في مواجهة مشكلة نقص الانتباه والنشاط الزائد، إذ ينبغي عليهم القيام بعدد من الإجراءات التي تساعد على زيادة انتباه الطفل وضبط سلوكه أثناء الاستماع للدرس، ومن بين تلك الإجراءات ما يلي:

١. مساعدة الطفل بالمرور بخبرات ناجحة في إكمال مهمات قصيرة ومحددة، ولذلك ينبغي على المعلمين أن يخصصوا وقتاً قصيراً ومحدداً لأداء المهمات المطلوبة، ويزداد الوقت الذي تحتاجه المهمات تدريجياً مع تزايد قدرة الطفل على الانتباه لفترة أطول.

٢. منح هؤلاء التلاميذ المعززات المتنوعة (مثل الإشارة والابتسامة) لأقل استجابة كالانتباه إلى السؤال، وإعطائهم مكافأة أكبر على الإجابة الصحيحة، وتزداد كمية التعزيز بازدياد فتره الانتباه.

٣. تعليم الأطفال التركيز على العناصر الهامة في المواقف التعليمية، ويستخدم عادة لهذا الغرض المسابقات التي تعتمد على الكلمات لتوضيح المهارة في التمييز وعلى الطفل أن يصغي.

٤. التدريب على الاسترخاء والتدريب على التنفس العميق، والذي يعدُّ فاعلاً خاصة في حالة الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

عاشراً: اضطرابات التعلق الانفعالي

يظهر هذا الاضطراب في صورة فشل الطفل في المبادرة بالتفاعل مع الآخرين أو الاستجابة لهم، مثل عدم الابتسام أو محاكاة أو إظهار تعبيرات السرور أو الفضول أو الاستطلاع أو الخوف أو الغضب أو الانتباه، وعد الاستجابة للمداعبة، وأحيانًا عدم التمييز الاجتماعي بعمل ألفة مفرطة مع غرباء يراهم لأول مرة؛ وذلك في سنٍّ يتوقع فيه من الطفل استجابة معقولة.

ويبدأ هذا الاضطراب قبل الخامسة من العمر، والرضع يظهر عليه هذا الاضطراب غالبًا، فيظهر عليه قلة الاستجابة حتى لأقرب الناس مثل صوت الأم وافتقاد النظرة المتبادلة معها، وكذا افتقاد التواصل البصري أو اللفظي في وجودها معه، ويصاحب الاضطراب إعراض مثل: نقص الأكل والاجترار أو القيء وأحيانًا اضطرابات النوم.

علاج مشكلة التعلق الانفعالي:

- تقديم الاهتمام والدعم المعنوي للطفل من قبل الوالدين.
- رعاية الطفل رعاية كاملة في كافة جوانب ومراحل النمو.
- تحسين الظروف النفسية والاجتماعية للمربية واستبدالها.

حادي عشر: اضطرابات الهوية الجنسية

يقصد به التعبير الصريح برغبة الطفل في أن يكون من جنس غير جنسه، فالإناث المصابات بهذا الاضطراب يمارسن الألعاب الخشنة، ويلعب دور الذكور ويخترن العابهم، ويبتعدن عن اللعب بالعرائس، أما الذكور المصابين بهذا الاضطراب فتكون مظاهر تخنثه واضحة وبخاصة في الفئة العمرية(٣-٦) سنوات في حبّه لبس الفساتين واللعب بالعرائس، ولا يحب اللعب مع الأولاد ويبدأ هذا الاضطراب قبيل الرابعة من العمر ويزداد في عمر المدرسة الابتدائية وبخاصة في الفئة العمرية (٧-٨) سنوات.

أسباب المشكلة:

- عدم اهتمام الوالدين لما يظهر على اطفالهم من سلوكيات مغايرة لجنسهم.
- افتقاد الطفل للأب أو الأخ الذي يعلمه مظاهر الرجولة، وافتقاد الطفلة لوجود أم أو أخت تعلمها.
- عدم إنجاب الأم للذكور فتنادي الفتاة باسم ذكر لتحقيق رغبه الام بوجود ابن ذكر والعكس.
- وجود ملامح أنثوية لدى الأطفال الذكور من العوامل المهيأة لحدوث الاضطراب للذكور وكذلك الإناث.

علاج المشكلة:

- محاولة غرس النمط السلوكي لكل جنس والتركيز على سلوك الطفل وتشجيعه على مطابقة جنسه.

أسئلة التقويم الذاتي

١. ما المقصود بمشكلات السلوك الانفعالي والاتكالي؟
٢. عدد مشكلات السلوك الانفعالي.
٣. ما مراحل اكتساب اللغة عند الإنسان؟
٤. ما مظاهر اضطرابات النطق؟ وما أسبابها؟
٥. ما مظاهر اضطرابات الكلام؟ وما أسبابها؟
٦. ما مظاهر اضطرابات الصوت؟ وما أسبابها؟
٧. ما أسباب مشكلة التأتأة؟ وكيف يمكن التغلب عليها؟
٨. عدد مراحل تشخيص الاضطرابات اللغوية.
٩. ما أسباب مشكلة الخجل؟ وما طرق التغلب عليها؟
١٠. ما أسباب انعزال الأطفال؟
١١. حدد الأسباب الكامنة وراء السلوك الانعزالي؟
١٢. ما الفرق بين الانعزالية والانطوائية؟
١٣. ما مظاهر الانعزال في غرفة الصف؟ وكيف يمكن التغلب عليها؟
١٤. ما أسباب الغيرة، وكيف نقي الأطفال منها؟
١٥. حدد دور الأسرة في التغلب على مشكلة الغيرة؟
١٦. ما النظريات المفسرة لمشكلة الخوف عند الأطفال؟
١٧. ما أشكال مخاوف الأطفال؟
١٨. ما أسباب مشكلة الغيرة وطرق التغلب عليها؟
١٩. قارن بين أسباب مشكلة مصّ الإصبع وقضم الأظافر؟
٢٠. حدد دور المعلمين في علاج مشكلة مصّ الأصبع؟
٢١. ما أشكال قضم الأظافر؟
٢٢. ما أهم أسباب مشكلة التبول اللاإرادي عند الأطفال؟
٢٣. ما أهم البرامج الإرشادية للتغلب على مشكلة التبول اللاإرادي؟
٢٤. ما أعراض اضطرابات نقص الانتباه وفرط الحركة؟
٢٥. ما أسباب اضطرابات نقص الانتباه؟
٢٦. ما المقصود بمشكلة التعلق الانفعالي؟
٢٧. ما أسباب مشكلة اضطرابات الهوية الجنسية، وطرق علاجها؟

الوحدة السادسة

مشكلات السلوك العدواني
وغير الاجتماعي

الوحدة السادسة

مشكلات السلوك العدواني
وغير الاجتماعي

أهداف الوحدة

عزيزي الدراس عندما تنتهي من دراسة هذه الوحدة، نتوقع منك أن تكون قادرًا على:

١. تحديد المقصود بعدوانية الأطفال، وتعرّف العوامل المؤثرة فيها.
٢. تلخيص النظريات المفسرة لسلوك العدوان.
٣. تعرّف أنواع العدوان وطرق التغلب عليها.
٤. تحديد مراحل الكذب في أ ري بياجيه.
٥. تحديد أنواع الكذب.
٦. تحديد أسباب مشكلة الكذب، وطرق التغلب عليها.
٧. تلخيص دور الوالدين والمعلمين في التغلب علي مشكلة الكذب.
٨. تحديد أشكال العناد، وكيف تتعامل مع الطفل العنيد.
٩. تعرف أشكال مشكلة التخريب.
١٠. تحديد أسباب مشكلة التخريب، وأشكال التغلب عليها.

مشكلات السلوك العدواني وغير الاجتماعي
Aggressive behavior and non-social problems

مقدمة:

السلوك العدواني والتخريبي من أكثر الخصائص النفسية للأطفال شيوعًا لدى المضطربين سلوكيًا. فعلى الرغم من أن استجابات العنف والعدوان تنبثق كوسائل لحلِّ المشكلات في المراحل العمرية المبكرة لدى جميع الأطفال، إلا أنها تحدث بشكل مبالغ فيه لدى الأطفال المضطربين سلوكيًّا. والعدوان هو إلحاق الأذى إما بالأشياء أو نحو الذات أو نحو الآخرين. واستخدام العقاب وسيلة لضبط السلوك العدواني يؤدي إلى زيادة سلوك العدوان عند الطفل.

أولاً: السلوك العدواني
Aggressive Behavior

العدوان نوع من السلوك الاجتماعي ويهدف الى تحقيق رغبة في السيطرة وايذاء الغير أو الذات تعويضًا عن الحرمان أو بسبب التثبيط، ويعدُّ استجابة طبيعية للإحباط وهو متعلم أو مكتسب عبر التعلّم والمحاكاة ونتيجة التعلّم الاجتماعي، فالطفل يستجيب للمواقف المختلفة بطرق متعددة قد تكون بالعدوان أو التقبل.

كما يعتبر العدوان سلوك مرضي موجه للإيذاء والإيلام والحاق الضرر بالنفس أو بالغير، واذا نظرنا إليه من الجانب الإيجابي نجده وسيلة لأن يثبت الطفل فيه ذاته، ويعتبر تعويضًا عن الإحباط الذي يعانيه الشخص المعتدي، والعدوان يأخذ أشكالاً شتي، وتأثيره قد يكون سلبيًّا، وقد يكون إيجابيًّا، فالعدوان السلبي يكون موجهًا نحو الذات (نحو الطفل نفسه)، ويكون الطفل عندئذ عنيدًا وغير متعاون، بخلاف العدوان الإيجابي، فهو يتمثل في الاعتداء على الآخرين أو تدمير ممتلكاتهم.

أما العدوان المكبوت فتختفي فيه النزعة العدوانية في اللاشعور، وقد يعبر عنها بأساليب غير مباشرة، والعدوان من حيث شكل التعبير قد يكون ماديًّا وقد يكون لفظيًّا، فالمادي هو الاعتداء علي الآخرين باليد وما شابه ذلك، أو بتدمير ممتلكاتهم، أما العدوان اللفظي فيكون بتوجيه الألفاظ الخارجة، مثل السباب، والتهكم، والسخرية والمشاجرة.

وتبدو ملامح هذه المشاجرة بين الأطفال عندما يقوم أحدهم بتعطيل أو تخريب لعبة زميله، أو السيطرة عليها، وهي تكثر بين الذكور، بينما تتسم مشاجرة الطفلة مع الطفلة بالشكل اللفظي والاعتراض الكلامي، مما يعبر عن مشاعر غضبها وقلقها.

العوامل المؤثرة في السلوك العدواني:

هناك عوامل كثيرة تؤثر في السلوك العدواني، منها: ما يعود إلي الطفل نفسه، أو أصدقائه، أو ذكائه، أو تعليمه، أو مستواه المعيشي وتكوينه النفسي

والاجتماعي، ومنها ما يعود إلي الأسرة من خلال عمل الوالدين وانشغالهما، بالإضافة إلى العلاقات الأسرية غير السوية، ومنها عوامل خارجية كوسائل الإعلام المختلفة.

وقد يظهر العدوان إذا غابت الأم، وخاف الطفل فيصيح ليعبر عن ذاته ووجوده، والطفل يكثر الكلام ليعلن عن وجوده، ويلفت النظر إليه، كما أن العدوان نوع من تحقيق القدرة وتأكيد الذات، وهي خاصية إنسانية يحتاج إليها الإنسان، وعدم وجودها قد يعرضه للفشل في تحقيق وجوده وإمكاناته.

وقد يكون العدوان تدريبًا للطفل ليكون مستعدًا في الوقت المناسب للدفاع عن بقائه ووجوده، وتأكيد ذاته، وقد يكون العدوان كنوع من المقاومة للحقيقة، مثل مقاومة الشخص لكشف حقيقة نزعاته ومواقفه السلبية، وتكون المقاومة في شكل عدواني سافر، وقد يرجع العدوان إلى الحاجة إلي الحرية، كما يلاحظ أيضًا أن مشاهدة الأطفال للعنف في وسائل الإعلام يؤثر بشكل كبير في سلوك الأطفال. والطفل الذي يشعر بتقبل والديه له ينجح في التكيف مع بيئته، بخلاف الطفل الذي لا يشعر بتقبل والديه له، فإنه يميل إلى العدوانية، أي أن اتجاه التقبل الوالدي يرتبط بالعدوانية ارتباطًا سالبًا، كما أن اتجاه التفرقة بين الأبناء من قبل الوالدين يرتبط بالعدوانية ارتباطًا موجبًا.

أسباب مشكلة العدوان:

١. رغبة الطفل - في التخلص من السلطة ومن ضغوط الكبار التي تحول من دون تحقيق رغباته.
٢. الشعور بالحرمان تظهر - عدوانية الطفل كاستجابة للتوتر الناشئ عن استمرار حاجة عضوية غير مشبعة او عندما يحال بين ما يرغب الطفل، أو عندما يشعر بحرمانه من الحب والتقدير على الرغم من جهوده المضنية لكسب ذلك فيتحول سلوكه إلى عدوان.

٣. شعور الطفل بعدم الأمان وعدم الثقة او الشعور - بالنبذ والإهانة والتوبيخ.

٤. شعور الطفل بالغضب؛ فيعبر عن ذلك الشعور - بالعدوان.

٥. وسائل الإعلام المختلفة وترك الطفل لينظر في أفلام العنف - والمصارعة الحرة يعلم الطفل هذا السلوك.

٦. تجاهل العدوان من قبل الوالدين - فكلما زادت عدوانية الطفل كان أكثر استعدادًا للتساهل مع غيره من الأطفال.

٧. غيرة الطفل من أقرانه وعدم سروره لنجاح الغير يجعله يسلك العدوان اللفظي - بالسب والشتم أو العدوان الجسدي كالضرب.

٨. الشعور بالفشل: أحيانًا يفشل الطفل في تحقيق هدفه أكثر من مره - مثلاً عندما لا ينجح في لعبه يوجه عدوانيته إليها بكسرها أو برميها.

٩. التدليل المفرط والحماية الزائدة للطفل، فالطفل المدلل تظهر لديه المشاعر - العدوانية أكثر من غيره، فالطفل عندها لا يعرف إلا الطاعة لأوامره ولا يتحمل الحرمان فيتحول سلوكه إلى عدوان.

١٠. شعور الطفل بالنقص الجسمي أو الاقتصادي عن الآخرين وشعوره بالإحباط.

١١. العقاب الجسدي للطفل يعزز ويدعم في ذهنه - أن العدوان والقسوة شيء مسموح به من القوي للضعيف.

نظريات تفسير السلوك العدواني:

١. **نظرية التحليل النفسي:** يرى أصحاب هذه النظرية أنه عندما يشعر الفرد بتهديد خارجي تنتبه غريزته العدوانية، فتجمع طاقتها ويغضب الفرد، ويختل توازنه الداخلي ويتهيأ للعدوان لأي إثاره خارجية بسيطة، وقد يعتدي من دون إثارة خارجية حتى يفرغ طاقته العدوانية ويخفف توتره النفسي، ويعود إلى اتزانه الداخلي، كما أن فرويد ربط بين العدوان والمراحل المبكرة للطفولة

ويؤكد على أن جميع صور العدوان ذات مصدر جنسي موجه نحو السيطرة على دفعات الجنس، وذلك من خلال ربطها بالمراحل المختلفة للتطور النفسي للطفل. ثم أكد أدلر أحد تلاميذ فرويد على أن العنف والعدوان عبارة عن استجابة تعويضية عن الاحساس بالنقص.

٢. النظريات السلوكية: حيث يعتقد السلوكيون أن السلوك العدواني كغيره من السلوكات الإنسانية الأخرى متعلم من خلال نتائجه حيث تزداد احتمالية حدوث السلوك العدواني اذا كانت نتائجه مطروحة والعكس صحيح، وهو منطلق نظرية الاشراط الإجرا ئي لـ"سكنر" أن الأنماط السلوكية محكومة بتوابعها اجتماعيًّا.

كما أن السلوك العدواني سلوك متعلم اجتماعيًّا عن طريق ملاحظة الأطفال نماذج العدوان عند والديهم ومدرسيهم وأصدقائهم وأفلام التليفزيون وفي القصص التي يقرؤونها، كما أن لأساليب التنشئة الاجتماعية دور كبير في هذا المضمار سواء أكانت مقصودة أم غير مقصودة مثل توجيهات الوالدين نحو عدوانية أطفالهم أو وجود النماذج والقدوات العدوانية أمام الأطفال.

٣. نظرية الإحباط: أكد كل من دولارد ودرب وميلر وسيرز أن الإحباط ينتج دافعًا عدوانيًّا يستثير سلوك إيذاء الآخرين وأن هذا الدافع ينخفض تدريجيًّا بعد الحاق الأذى بالشخص الآخر حيث تسمى هذه العملية بالتنفيس أو التفريغ؛ لأن الإحباط يسبب الغضب والشعور بالظلم مما يجعل الفرد مهيئًا للقيام بالعدوان. كما أن معظم مشاجرات الأطفال ما قبل المدرسة تنشأ بسبب صراع على الممتلكات والألعاب فالشعور بالضيق وإعاقة إشباع الرغبات البيولوجية يثير لدى الطفل الشعور بالإحباط، وهذا يؤدي الى سوك عدواني مثل تحطيم الأواني واللعب.

٤. النظرية البيولوجية: فسر أصحاب هذه النظرية العدوان بأنه ناتج عن بعض الأسباب الجسمية والداخلية ولاسيما منطقة الفص الجبهي في المخ كونها المسؤولة عن ظهور السلوك العدواني عند الطفل حيث تمَّ التأكد من خلال استئصال بعض التوصيلات العصبية في هذه المنطقة عن المخ أدى ذلك إلى خفض التوتر والغضب والميل للعنف، وأكد علماء آخرون على أن بعض العوامل الجسمية مثل التعب أو الجوع أو وجود آلام جسمية لدى الأطفال تؤدي أيضًا إلى السلوك العدواني.

كما أرجع بعض الباحثين السلوك العدواني إلى الفطرة وأنه محصلة للخصائص البيولوجية للفرد، أي أن العدوان والعنف لدى الإنسان يتضمن نظامًا غريزيًّا، وأنه يعتدي لإشباع حاجاته لفطرية للتملك والدفاع عن ممتلكاته، وتبعًا للنظريات والأسباب المؤدية للعدوان يمكن بشكل أو بآخر اقتراح الحلول والعلاجات لمشكلة عدوانية طفل ما، لأن معظم هذه الحلول تأتي بعد فهم واضح لمسبب عدوانية الطفل، الا أن بعض الافتراضات سابقة الذكر يصعب من خلالها وضع حلول أو مقترحات علاجية على الرغم من معرفة الأسباب المؤدية للسلوك العدواني.

أنواع العدوان:

هناك أنواع عديدة من العدوان، منها:

١. العدوان البدني: حيث يستفيد بعض الأطفال من قوة أجسامهم في الاعتداء على الأطفال الآخرين.

٢. العدوان اللفظي: يظهر الفرد مظاهر الغضب تجاه الآخرين في صورة لفظية، مثل: التهديد والوعيد أو الشتائم، ووصف الآخرين بصفات سيئة.

٣. الاعتداء الرمزي: مثل الامتناع عن النظر إلى الشخص ورد السلام عليه أو الامتناع عن تناول ما يقدمه في بيته.

٤. العدوان العدائي: الذي يتجه نحو الأشخاص الآخرين وعادة ما يكون مصاحبًا بأحاسيس ومشاعر الغضب نحوهم.
٥. العدوان المباشر: يتم بصورة مباشرة تجاه شخص معين هو مصدر الإحباط للطفل. ويمكن ملاحظته بسهولة عند تلاميذ المدارس على شكل مشاجررت وضرب بعضهم البعض وإيذاء في الكلام وإيذاء الحيوانات وتهديد بعضهم البعض.
٦. العدوان غير المباشر: حيث يوجه الطفل عدوانه تجاه شخص آخر، ولكن بصورة غير مباشرة خشيه العقاب.
٧. عدوان فردي: يهدف الى إيذاء شخص معين أو صديق.
٨. عدوان جمعي: حيث يوجه الطفل عدوانه تجاه أكثر من شخص.
٩. عدوان نحو الذات: حيث يهدف الطفل إلى إيذاء نفسه وإيقاع الضرر بها، مثل: أن يمزق الطفل كتبه، ضرب الرأس بالحائط، عض الأصابع ...إلخ.
١٠. العدوان الأبوي: يهدف إلى استرداد بعض الامتيازات التي يحصل عليها الأطفال الآخرين.

علاج مشكلة العدوان:

يرى علماء النفس أنه يمكن معالجة العدوانية أو التخفيف من حدته لدى الأطفال من خلال ما يلي:

١. إشعار الطفل بذاته وتقديره واكسابه الثقة بنفسه، وإشعاره بالمسؤولية تجاه إخوته، وإعطاؤه أشياء ليهديها لهم بدل أن يأخذ منهم، وتعويده مشاركتهم في لعبهم مع توجيهه بعدم تسلطه عليهم.
٢. السماح للطفل بأن يسأل ولا يكبت مشاعره ورغباته في التعبير، وأن يجاب عن أسئلته بموضوعية تناسب سنّه وعقله، ولا يعاقب أمام أحد لا سيما إخوته وأصدقاؤه.
٣. الإشراف على محتوى البرامج التي يشاهدها الطفل، وتشجيعه على مشاهدة برامج ذات مضمون إيجابي، بدلاً من البرامج التي تتميّز بالعنف حتى وإن كانت

رسومًا متحركة، فمن الواجب عدم عرض نماذج عدوانية أمام الأطفال، أو تعريضهم لمواقف عدوانية من خلال الوالدين أو الكبار المحيطين بهم، أو من خلال وسائل الإعلام المختلفة التي تعرض أفلام العنف والرياضة العنيفة كالمصارعة والملاكمة وغيرها.

٤. تجنب أسلوب التدليل الزائد أو القسوة الزائدة حيث إن الطفل المدلل اعتاد تلبية رغباته جميعها، والطفل الذي حرم الحنان وعومل بقسوة؛ كلاهما يلجأ للتمرد على الأوامر.

٥. لا تحرم الطفل من شيء محبب اليه فالشعور بالألم قد يدفعه لممارسة العدوان.

٦. اشعر الطفل بثقته بنفسه وأنه مرغوب فيه وتجنب إهانته وتوبيخه أو ضربه.

٧. قد يلجأ الطفل لجذب انتباهك فإذا تأكدت من ذلك تجاهل هذا السلوك فقط في هذه الحالة.

٨. اشرح للطفل بلطف سلبية هذا السلوك وما النتائج المترتبة على ذلك.

٩. دع الطفل ينفس عن هذا السلوك باللعب، ووفر له الألعاب التي تمتص طاقته، وجرب أن تشركه في الأندية الرياضية.

١٠. عزز السلوك اللاعدواني ماديًا أو معنويًّا.

١١. إبداء الاهتمام بالشخص الذي وقع عليه العدوان أمام الطفل العدواني حتى لا يستمر في عدوانيته.

١٢. تجنب أساليب العقاب المؤلمة مع الطفل العدواني كالضرب والقرص ويفضل استخدام أسلوب الحرمان المؤقت بمنعه مثلا من ممارسة نشاط محبب للطفل إذا ما أقدم أثناء ذلك على العدوان.

خطوات علاج السلوك العدواني :

١- اشباع حاجات الطفل النفسية.

٢- محاولة فَهم نفسية الطفل.

٣- دراسة الطفل دراسة تحليلية لتحديد ميوله واهدافه.

٤- محاولة الأبناء توفير بيئة صالحة بالمنزل.

٥- إشباع الطاقة الزائدة لدى الطفل في الرياضة.

٦- إقامة علاقة طيبة بين المعلم والطفل.

٧- تشجيع الطفل على تحمل المسئولية.

٨- تقليل فرص تعرض الطفل لنماذج عدوانية.

٩- تنمية السلوك الموجه لمواجهة المشكلة.

١٠- توفير جو بالمدرسة يدرك الطفل من خلاله ان السلوك العدواني غير مقبول.

١١- استخدام أساليب غير مؤذية لضبط العدوان.

١٢- تحويل المشاغب إلى الأخصائي النفسي.

دور الأسرة في مواجه العدوان:

١- معرفه أسباب السلوك العدواني.

٢- معالجة الأسباب في هدوء، ومحاولة شغل الطفل بأنشطة محببه له.

٣- توفير علاقة من الود والمحبة.

٤- ترك الإخوة يحلّون مشكلاتهم بأنفسهم.

٥- عدم تقبل عدوان الطفل بعدوان.

دور المعلم في حلِّ المشكلة:

١- تشجيع الحاجات النفسية للأطفال.

٢- إنشاء علاقة طيبة مع الاطفال.

٣- تحديد أسباب العدوان.

٤- إظهار السلطة في الوقت المناسب.

٥- توفير بيئة غنية بالمثيرات داخل الروضة.

ثانياً: مشكلة الكذب Lying

تشوية الطفل للحقائق عن عمد بغرض الحصول على كسب ما أو تجنب عقاب ما، ويلعب الخيال دوره في السنوات الثلاث أو الأربع الأولى من حياة الطفل، فقد لا يستطيع طفل هذه السنّ التميّز بين الواقع والخيال فيؤخذ كلامة على محل الكذب، بالإضافة الى أن الطفل الصغير (من ٤-٥ سنوات) قد تلتبس عليه الحقائق، ولديه نقص في فَهم بعض القيم، وتعجز ذاكرته عن حفظ حادثة معينة بتفاصيلها فيحذف منها بعض التفاصيل ويضيف أخرى من عنده، حتى تكون مألوفة لعقل الصغير فاذا فهمها بدى وكأنه يقول الكذب، أما الكذب فيما بعد هذه السنِّ يصبح ظاهرة تستحق الاهتمام. فالكذب هو عدم الأمانة في وصف الحقائق، أو إخبار الآخرين بما يعرف الشخص أنه مخالف للحقيقة، أو التزييف المتعمد بقصد الغش والخداع، أو ذكر شيء غير حقيقي - خداع الآخرين للحصول على فائدة أو التخلص من شيء غير سار.

مراحل الكذب لدى الأطفال في رأي بياجيه :

- المرحلة الأولى: يعتقد الاطفال أن الكذب خطأ لأنه سيعاقب عليه.
- المرحلة الثانية: يبدو الكذب خطأ، ولكن يستمر عند الطفل بعد زوال العقاب.
- المرحلة الثالثة: الكذب خطأ؛ لأنه يؤثر في احترام الآخرين للشخص.

أنواع الكذب:

هناك العديد من أنواع الكذب عند الأطفال بعضها طبيعي، وهذا النوع يزول مع زيادة قدرات الطفل العقلية والتميز بين الصواب والخطأ، والنوع الآخر خطير، وقد يحتاج إلى علاج نفسي حتى لا يظل ملازمًا للطفل في حياته، كما أنه يحتاج إلى تفهم الأب والأم الكامل وانتباهم لأسلوب تعاملهم مع الطفل، وهناك بعض الأنواع لا يوجد لها خطورة، ولكنها تصبح عادة سيئة مع كثرة تكرارها وهذه الأنواع هي:

١- الكذب الخيالي: يلجأ الاطفال الصغار من سنِّ (٤-٥) سنوات ؟إلى اختلاق القصص وسرد حكايات كاذبة، وهذا سلوك طبيعي لأنهم يستمتعون بالحكايات واختلاق القصص من أجل المتعة لأن هؤلاء الأطفال يجهلون الفرق بين الحقيقة والخيال.

٢- كذب الدفاع عن النفس: قد يلجأ إليه الطفل الكبير أو المراهق إلى اختلاق بعض الأكاذيب لحماية نفسه من أجل تجنب فعل شيء معين أو إنكار مسئوليته عن حدوث أمر ما. وهنا ينبغي أن يرد الآباء على هذه الحالات الفردية للكذب بالتحدث مع صغارهم حول أهمية الصدق والأمانة والثقة.

٣- الكذب الاجتماعي: قد يكتشف بعض المراهقين أن الكذب من الممكن أن يكون مقبولاً في بعض الأحيان مثل عدم الإفصاح للزملاء عن الأسباب الحقيقية لقطع العلاقة بينهم لأنهم لا يريدون أن يجرحوا شعورهم. وقد يلجأ بعض المراهقين إلى الكذب لحماية أمورهم الخاصة أو لإشعار أنفسهم بأنهم مستقلون عن والديهم.

٤- كذب المبالغة: قد يلجأ بعض الأطفال ممنْ يدركون الفرق بين الصراحة والكذب إلى سرد قصص طويلة قد تبدو صادقة. وعادة ما يقول الأطفال أو المراهقين هذه القصص بحماس لأنهم يتلقون قدرًا كبيرًا من الانتباه أثناء سردهم تلك الحكايات، كما أنهم أحيانًا قد يشعرون أن الكذب هو أسهل الطرق للتعامل مع تطفل الآباء والمدرسين والأصدقاء. وهؤلاء عادة لا يحاولون أن يكونوا سيئين أو مؤذين، لكن النمط المتكرر للكذب يصبح عادة سيئة لديهم.

٥- الكذب المرضى: كما أن هناك بعض الأطفال والمراهقين الذين لا يكترثون بالكذب أو استغلال الآخرين وقد يلجأ البعض منهم إلى الكذب للتعتيم على مشكلة أخرى أكثر خطورة.

٦- الكذب الانتقامي أو الكيدي: قد يكذب الطفل لإسقاط اللوم على شخص ما يكرهه أو يغار منه وهو من أكثر أنواع الكذب خطراً على الصحة النفسية وعلى كيان المجتمع ومثله وقيمه ومبادئه، ذلك لأن الكذب الناتج عن الكراهية والحقد هو كذب مع سبق الاصرار، ويحتاج من الطفل إلى تفكير وتدبير مسبق بقصد الحاق الضرر والأذى بمنْ يكرهه ويكون هذا السلوك عادة مصحوبا بالتوتر النفسي والألم. وقد يحدث هذا النوع من الكذب بين الإخوة في الأسرة بسبب التفرقة بين الإخوة، فالطفل الذي يشعر بأن له أخ مفضلاً عند والديه، وأنه هو منبوذ أو أقل منه، قد يلجأ فيتهمه باتهامات يترتب عليها عقابه أو سوء معاملته كما يحدث هذا بين الأطفال في الروضات نتيجة الغيرة لأسباب مختلفة.

٧- كذب الالتباس: قد يلجأ بعض الأطفال إلى الكذب عن غير قصد عندما تلتبس عليهم الحقيقة ولا تساعده ذاكرته على سرد التفاصيل، فيحذف بعضها ويضيف الآخر بما يناسب إمكاناته العقلية، وهذا النوع من الكذب يسمى بكذب الالتباس والذى يزول من تلقاء نفسه عندما تصل الإمكانات العقلية للطفل إلى مستوى يمكنه من إدراك التفاصيل وتذكر تسلسل الأحداث ولا يعنى هذا الكذب انحراف في السلوك.

٨- الكذب الادعائي: هذا النوع من الكذب يلجأ إليه الأطفال الذين يعانون الشعور بالنقص والدونية لتغطيته بالمبالغة بهدف الحصول على مركز مرموق وسط الجماعة فالطفل الذي لا يمتلك لعباً كغيره من الأطفال يدعي أنه يمتلك منها الكثير، وقد يصل به الأمر إلى أن يتخيل شكلها وحجمها وطريقة تشغيلها للتباهي أمام اقرانه، وهذا النوع من الكذب شائع بين أغلب الاطفال ولا ضرر منه فهو لا يؤذي أحداً، ولكن على الآباء أن يحاولوا علاج مثل هذه الحالة بشيء من توضيح الحقائق ومحاولة إشباع الحاجات النفسية مع ضرورة توفير احتياجاتهم من اللعب والأدوات، وقد يلجأ الطفل إلى الكذب الادعائي لاستدرار

العطف عن طريق التمارض، وهذا يحدث عند الأطفال الذين لم ينالوا درجة مناسبة من الحب والرعاية من الوالدين في طفولتهم.

٩- الكذب الأناني أو الاستحواذي: وهو الكذب الذي يندفع إليه الطفل من أجل الحصول على بعض الأشياء الإضافية نتيجة أنانيته، مثلاً: طفل يقول لأمه: "لعبتي ضاعت" فمن أجل أن تشتري له الأم لعبة أخرى يدعي أنها ضاعت. وأحيانا يدعي أن المدرسة طلبت منه مبلغًا من المال.

١٠- كذب جذب الانتباه: عندما يشعر الطفل بالإهمال وعدم الاهتمام فإنه يلجأ إلى هذا النوع حتي يضايق منْ حوله.

أسباب مشكلة الكذب:

قد يكذب الطفل نتيجة لأحد الأسباب التالية:

١- تقليد سلوك الاباء (كذب التقليد)، فالآباء كثيرًا ما يعلمون أولادهم الكذب من دون قصد.

٢- الخوف من العقاب بخاصة اذا تأكد الطفل أن قول الصدق لن يخفف من العقاب فيصر على الإنكار

٣- القسوة في معاملة الطفل أن أخطأ.

٤- الرغبة في الحصول على الاهتمام من جانب آخر.

٥- خصوبة خيال الأطفال.

٦- الغيرة بين الأطفال، أو عدم المساواة في المعاملة.

٧- تجنب للعقاب من الكبار.

٨- وسيلة للتقرب من الاخرين (فهي عملية إسقاطية لا شعورية).

٩- إثبات الذات والحصول على مكانه اجتماعية.

دور الأسرة في تعليم الطفل الكذب :

- الأب الذي يعد الطفل بشيء ولا يفي بوعده لعذر ويتكرر هذا الأسلوب.

- القسوة وافتقار جو الحب والتسامح .
- الأم التي تكذب أمام أبنائها.

طرق الوقاية والعلاج:

١- التعرف إذا كان الكذب متكررًا أم كان نادرًا.

٢- لا نوقع عقوبة على الطفل اذا اعترف به.

٣- نبتعد عن الضرب والسخرية.

٤- نجنب الطفل الظروف التي تساعد على الكذب.

٥- لا ترغم الطفل الاعتراف بالكذب، ولكن نعطيه ليتجنب الكذب بنفسه.

وبالتالي يجب:

١- استخدام الأسلوب العلمي في حلّ المشكلة، والبحث عن الأسباب .

٢- تشجيع الطفل على الخيال.

٣- اتباع أُسلوب المحبة وتبادل الآراء.

٤- إشباع حاجات الطفل النفسية، ونعوده على المحبة والتسامح، ونكون مخلصين للطفل.

٥- الابتعاد عن القسوة في معاملة الطفل أن أخطأ فهي علاوة على ما تسببه من ألم فإن نتائجها غير محققة، فإذا نجحت القسوة في إرغام الطفل على التخلص من عادة الكذب فإنها تعلّمة عادة أخرى اسوأ منها هي الغش والتحايل للإفلات من العقاب.

٦- تصبير الطفل بنتائج أقواله وأفعاله الصحيحة والخطأ وتعليمة وتشجيعه على تحمل مسؤولياتها.

٧- تهيئه مناخ أُسري ومدرسي يسوده الصدق في القول والعمل والتزام الأمانة وإعطائه النماذج السلوكية والصحيحة، بما يساعد الطفل على الاقتداء بها.

٨- علاج الكذب المرضي في العيادات النفسية.

دور الوالدين في مواجهة مشكلة الكذب:

يلتـزم الآبـاء بحـدود الصـدق أمـام أولادهـم، تبصـير الأطفـال بأهميـة الصـدق، وتوفير العوامل التي تحقق الحاجات النفسية. ونشعر الطفل بأننا نثق به وفي أقوالهم، وألا يقتصر دور الآباء على العقاب، إلى جانب عدم إجبار الطفل على قول الصدق من دون اقتناع، وعدم الكذب أمام الأطفال.

دور المعلمين في مواجهة مشكلة الكذب:

علاج أسباب الكذب، والتوصل للدوافع الحقيقة التي دفعت الطفل للكذب، وتجنب الظروف التي تشجع الطفل على الكذب، ولا نعطي الفرصة للطفل للإفلات بكذبته من دون عقاب، ومن الأمور المهمة عدم إيقاع عقوبة على الطالب بعد اعترافه بذنبه، وأن نعامل التلاميذ بالعدل والمساواة، وتقديم الإرشاد والتوجيه لهم.

ثالثًا: مشكلة السرقة Stealing

السرقة هي استحواذ الطفل على ما ليس له فيه حق، وبإرادة منه وأحيانًا باستغفال مالك الشيء، وهو من السلوكيات التي يكتسبها الطفل من بيئته عن طريق التعلّم، وتبدأ السرقة كاضطراب سلوكي واضح في الفترة العمرية (من ٤-٨ سنوات)، وقد يتطور ليصبح جنوحًا في الفترة (من ١٠-١٥ سنة) وقد يستمر حتى المراهقة المتأخرة.

كما إنها عملية ترمي إلى الحصول على ما يملكه الآخرون، وهذا التعريف للسرقة يبدو أنه اجتماعي أو تعاملي، غير أن السرقة اذا أريد تعريفها من الناحية النفسية فإنها سلوك صادر عن حاجة أو رغبة وتؤدي إلى وظيفة معينة وكأن ظاهرة السرقة نفسية في بواعثها لأنها ترتكز على حاجات أو رغبات اجتماعية في نتائجها من حيث إنها تؤدي إلى الاستيلاء على ما يملكه الآخرون من دون حق.

ولا يكون الطفل في مستهل حياته قادرًا على التمييز بين ما يملكه هو وبين ما يملكه الآخرون، ولكنه باتساع مداركه وتقدمه في السنِّ ولا سيما بعد السادسة من العمر يكون مدركًا لما يملكه الآخرون؛ ولذلك فإن الاعتداء على ما يملكون يعتبر مشكلة.

دوافع السرقة عند الأطفال:

قد يرجع السبب إلى جهل الطفل بمعنى الملكية الخاصة، أو حرمان الطفل من أشياء ليس بمقدوره الحصول عليها، أو للحصول على مركز مرموق بين أقرانه، وقد يكون الدافع هو حب الاستطلاع، أو قد يكون بسبب انخفاض الذكاء، فيدفعه الاخرين للسرقة.

وعلى الرغم من أن السرقة عرض شائع في الطفولة، إلا أنه غير ظاهر بوضوح بسبب تردد الآباء في الإفصاح عن سرقات أطفالهم ومناقشتها كظاهرة. إن السرقة والأمانة من السلوكيات التي يكتسبها الطفل من بيئته، أي أن الأمر عبارة عن سلوك اجتماعي يمكن اكتسابه عن طريق التعلم.

انواع السرقة:

١. **السرقة الكيدية:** يلجأ بعض الأطفال إلى سرقة الأشياء عقاباً إما للكبار أو لأطفال مثلهم حتى يصيب هذا الشخص المسروق الهلع والفزع، وذلك نتيجة وجود كراهية أو دوافع عدوانية تجاه الآخرين.

٢. **سرقة حب التملك:** لا نبالغ إذا قلنا أن أغلب الأطفال مارسوا نوعاً من السرقة، إن الأمر ينطوي على إشباع حاجة بدأت مع النزوع للاستحواذ على مستوى من العاطفة في مراحل النمو النفسي الأولى برغبة الطفل الرضيع في الاستئثار بالأم، وقد ينجح، مما يدفعه بالتدريج إلى محاولات الاستحواذ على أشياء أخرى، إن هذا الأمر ظاهرة طبيعية مرغوبة في السلوك اليومي ظلت ضمن الحدود القيمية التي تتيح للطفل فرصة تحقيق كيان ووجود متميز مزود بمستلزمات بسيطة كاللعب، والممتلكات الخاصة التي تساعده في الاستقلالية.

٣. **السرقة كحب للمغامرة والاستطلاع:** قد نرى بعض الأطفال ينتظرون غياب حارس الحديقة للسطو على قليل من ثمارها التي قد لا تكفي طيراً، إلا أن دافع السرقة هنا ليس الجوع والحرمان ولكن حب الاستطلاع والمخاطرة وروح المغامرة، وقد يسرق الطفل طعاماً لم يره من قبل ولم يتذوقه.

٤. **السرقة كاضطراب نفسي:** ان العوامل النفسية وراء السرقة كثيرة ومتشعبة، ولا يمكن تفسير سلوك السرقة بدافع واحد مثل الحاجة إلى النقود أو الجوع أو الاستطلاع. وقد تتفاعل الدوافع النفسية مع عوامل بيئية وقد تكون السرقة

جزءًا من حالة نفسية أو ذهنية مرضية يعاني منها الطفل، وتظهر بشكل اضطراب سلوكي مثير، وله دوافعه النفسية العميقة، وناتج عن صراعات مرضية شاذة في نفس الطفل لا يمكن معرفتها إلا بالتحليل النفسي.

٥. السرقة لتحقيق الذات: قد يلجأ الطفل إلى السرقة لإشباع ميل أو رغبة يرى فيها نفسه سعيدًا أو ظهرت بصورة أفضل، كالذي يسرق نقودًا للذهاب إلى السينما ليحكي عن الأفلام مثل غيره من الأطفال، أو ليركب دراجة مثل أصحابه، وربما كان فشله الدراسي وراء محاولة تعويضه بالظهور ماديًّا على غيره من الأطفال.

٦. السرقة نتيجة الحرمان: قد يلجأ الطفل إلى السرقة تعويضًا للحرمان الذي يقاسيه، فقد يلجأ إلى سرقة ما هو محروم منه أو ما يساعده على الحصول على ما حرم منه.

أسباب السرقة:

إن السرقة عمل غير مقبول، لذا فالجميع يبغضونه وينكرونه، وينظرون إلى فاعله بازدراء، والآباء عليهم التمييز بين الطفل الصغير ذي الثلاث سنوات وآخر يتجاوز الخمس سنوات، فالأول لا يميز بين الخير والشر، لذا نجده لا ينكر ما أخذه من الآخرين، مقابل الثاني الذي يخفيه وينكر فعله، وينبغي عدم توجيه اللوم والعتاب للطفل ذي الثلاث سنوات ما دام لا يفهم معنى السرقة، والاكتفاء بالقول له: إن صديقك الذي أخذت لعبته قد يحتاج إليها.

أما الطفل الذي يتجاوز عمره الخمس سنوات والذي يمارس السرقة، فلا يعني أنه لم يتلق التربية الحسنة، أو أن والديه يبخلان عليه بالأموال، وأن كان هذان العاملان يدفعان بالأولاد إلى السرقة.

أهم أسباب السرقة:

١. الأسرة: إن العلاقة الجافة بين الطفل ووالديه نتيجة عدم إشباع حاجته من الحب والحنان، أو لتعرضه للعقوبة القاسية، أو لشدتهما في التعامل معه في المرحلة الأولى من عمره، أو لعدم تعزيز شعوره بالاستقلال في المرحلة الثانية من عمره، تدفع بالطفل إلى السرقة خصوصًا في السابعة من عمره، وذلك لأجل أن يغدق عليه، ويكسب منهم ما فقده في الأسرة من الحنان من جهة، وأخرى للانتقام من والديه بفعل يقدر عليه لشفاء غيظه، من قساوة تعرض لها في مرحلة طفولته الأولى.

٢. الشعور بالعزلة: إن شعور الطفل بالعزلة في المرحلة الثانية من عمره وهو الوقت الذي يؤهله لاتخاذ موقعه في المجتمع وبين أقرانه تعتبر جزءًا من تعاسته، لذا يندفع إلى السرقة لإغراق أصدقائه بالشراء والهدايا في محاولة لكسب ودهم نحوه، بعد أن فشل في كسبهم لضعف شخصيته، أو يريد أن يتباهى أمام أقرانه بفعله البطولي في السرقة، لينجذبوا نحو شخصيته القوية كما يتصور.

٣. افتقار معني الملكية: فالطفل لا يفعل ذلك بدافع السرقة، ولكنه يجهل معنى الملكية، فهو يعتقد أن ما فعله ليس أمرًا مشينًا؛ لأن نموه العقلي والاجتماعي لا يمكنه من التمييز بين ممتلكاته وممتلكات الآخرين، ومثل هذا الطفل لا يمكننا اعتباره سارقًا.

٤. الانتقام: قد يلجأ الطفل للسرقة في بعض الأحيان بدافع الانتقام؛ فقد يسرق الطفل والده لأنه صارم وقاس في معاملته له، أو وجد أن والديه قد انصرفا عنه وأهملا رعايته وشئونه؛ فتكون السرقة هنا رد فعل لتجاهلهما له، وقد يسرق الطفل زميله في المدرسة لأنه يغار من تفوقه أو مكانته المميزة عند مدرسيه، أو انتقامًا في حالة قيام الوالدين أو أحد المدرسين بعقد مقارنة بين هذا الطفل المتفوق والطفل السارق.

٥. الخوف من العقاب: في بعض الأحيان يفقد الطفل إحدى لعبه، أو إحدى أدواته المدرسية؛ فيخشى الطفل من إخبار والديه بذلك خوفًا من عقابهما له، وللتخلص من هذا المأزق يلجأ الطفل للسرقة ليشتري لعبة أخرى شبيهة باللعبة التي فقدها.

٦. الحرمان: فالطفل قد يلجأ للسرقة لشراء شيء أو حاجة هو محروم منها؛ بسبب فقر أسرته أو بخل والده الشديد، وقد يسرق في بعض الأحيان لإشباع هواية لديه مثل تأجير دراجة يركبها، أو لدخول مدينة الملاهي للاستمتاع باللعب الموجودة فيها.

٧. التقليد: في بعض الأحيان يلجأ الطفل للسرقة كنوع من التقليد والمحاكاة للوالدين، خاصة عندما يرى أمه مثلا تمدّ يدها لحافظة أبيه لتستولي في تكتم وسرية شديدة على بعض النقود من دون إخبار والده بذلك، وقد يلجأ الطفل للسرقة تقليدًا لأصدقاء السوء.

٨. التفاخر والمباهاة: بعض الأطفال يعانون من الحرمان من اللعب التي تروق لهم؛ بسبب الفقر أو ضيق ذات اليد، وعندما يشاهدون هذه اللعب مع أصدقائهم في المدرسة يشعرون بالغيرة والنقص، بخاصة عندما يتفاخر أصدقاؤهم بهذه اللعب، فيلجأ هؤلاء الأطفال لشراء مثل هذه اللعب أو أفضل منها؛ ليتفاخروا بها على أصدقائهم، مدعين أن آباءهم قاموا بشرائها لهم.

٩. حب الاستطلاع والاستكشاف: أحيانًا يكون سبب ودافع السرقة عند الأطفال هو سلوك الوالدين، بخاصة الأم، عندما تكون شديدة الحرص بصورة مبالغ فيها في الحفاظ على الأشياء الغالية والرخيصة؛ فيندفع الطفل بدافع حب الاستطلاع والاستكشاف لتعرّف ما تقوم أمه بإخفائه عنه، والعبث به أو سرقته.

١٠. الجماعة المرجعية وعشرة السوء: مشكلة السرقة عند بعض الأطفال تتكون نتيجة مرافقتهم لأصحاب السوء وبالتالي فهم يريدون أن يثبتوا أنهم أقوي

وقادرين على أي شيء؛ وقد يسرق الطفل رغبة في تقليد تلك الصحبة أو والده أو أخيه إذا كانوا يمارسون ذلك السلوك الخاطيء.

١١. وسائل الإعلام المتطرفة: هناك بعض البرامج التليفزيونية التي قد تحتوي على بعض القيم السلبية، التي قد يكتسبها الطفل من خلال المشاهدة والتقليد، والتي قد تدفع الطفل إلى ارتكاب الأخطاء.

طرق الوقاية والعلاج لمشكلة السرقة:

١. تعرّف الدافع إلى السرقة.
٢. معاملة الأبناء بالاتزان وليس القسوة.
٣. عدم الكذب أو الغش أمام الأطفال.
٤. إشباع الحاجات النفسية للطفل.
٥. الاهتمام بالسلوك الخُلقى داخل الاسرة.
٦. حاول توفير ما يلزمه من مأكل وملبس ومصروف ونحوه.
٧. توجيه الطفل أخلاقيًّا ودينًا وأن توضح له عقاب منْ يفعل ذلك عند الله فقد يكون الطفل يجهل معنى السرقة أو يقلد صديق له.
٨. لا تؤنب الطفل أو تشهر به على سلوك السرقة أمام الغير حتى لا يلجأ للتكرار.
٩. قص عليه بعض القصص التي توضح مآل السارقين، ولكن لا تشير إلى أنه منهم.
١٠. استخدم التعزيز فعندما لا يسرق الطفل في يوم ما، نكافئه باصطحابه لرحلة مميزه أو بإعطائه بعض النقود.
١١. عندما تلاحظ أن طفلك قد سرق ممتلكات غيره، دعه يعود بها لصاحبها وأن يعتذر منه وعده بمكافأة أو هدية قيمة إن هو فعل ذلك.
١٢. حاول أن تشعر طفلك بحبك وحنانك فقد يسرق الطفل لشعوره بالنقص فيعوض ذلك بالسرقة حتى يرضي ذاته.

١٣. ابعد طفلك عن أصدقاء السوء الذين يزينون له مثل هذه السلوكيات.

١٤. شجع الطفل على الحوار واظهار ما يكبته ﱢ الباطن.

دور الوالدين في مواجهة المشكلة:

١. غرس مفهوم الحلال والحرام لدى الاطفال.

٢. مراقبة الاطفال.

٣. يكون الآباء قدوة حسنة.

٤. اختيار البرامج المناسبة التي يشاهدها الطفل.

دور المعلمين في مواجهة المشكلة:

١. لا يخفى على التلميذ المشكلة التي قام بها.

٢. لا يتهم الطفل بالسرقة أمام زملائه.

٣. عدم اللجوء إلى القسوة والعنف.

٤. التحدث الى الطفل وتعريفه الخطأ الذى وقع فيه.

٥. تعرّف الدافع التي تهدف إلى السرقة.

٦. تشجيع الطفل على الاندماج مع جماعات سوية.

٧. مساعده الطفل على التخلص من الطاقة الزائدة، عن طريق المشاركة ﱢ الأنشطة المختلفة.

٨. عدم اجبار الطفل على الاعتراف.

رابعاً: مشكلة العناد Stubbornness

العناد ظاهرة معروفة في سلوك بعض الأطفال، حيث يرفض الطفل ما يؤمر به أو يصرّ على تصرف ما، ويتميز العناد بالإصرار وعدم التراجع حتى في حالة الإكراه، وهو من اضطرابات السلوك الشائعة، وقد يحدث لمدة وجيزة أو مرحلة عابرة أو يكون نمطًا متواصلاً وصفة ثابتة وسلوكًا وشخصية للطفل.

فالعناد ظاهرة تبدأ في مرحلة مبكرة من العمر، فالطفل قبل سنتين من العمر لا تظهر مؤشرات العناد في سلوكه؛ لأنه يعتمد اعتمادًا كليًا على الأم أو غيرها ممن يوفرون له حاجاته؛ فيكون موقفه متسمًا بالحياد والاتكالية والمرونة والانقياد النسبي.

مراحل العناد:

- المرحلة الأولى: حينما يتمكن الطفل من المشي والكلام قبل سن الثلاث سنوات من العمر أو بعد السنتين الأوليين؛ وذلك نتيجة لشعوره بالاستقلالية، ونتيجة لنمو تصوراته الذهنية، فيرتبط العناد بما يجول في رأسه من خيال ورغبات.
- المرحلة الثانية: العناد في مرحلة المراهقة؛ حيث يأتي العناد تعبيرًا للانفصال عن الوالدين، ولكن عمومًا، وبمرور الوقت يكتشف الطفل أو المراهق أن العناد والتحدي ليس هما الطريق السوي لتحقيق مطالبه؛ فيتعلم العادات الاجتماعية السوية في الأخذ والعطاء، ويكتشف أن التعاون والتفاهم يفتحان آفاقًا جديدة في الخبرات والمهارات الجديدة، خصوصًا إذا كان الأبوان يعاملان الطفل بشيء من المرونة والتفاهم وفتح باب الحوار معه، مع وجود الحنان الحازم.

أشكال العناد:

١. عناد التصميم والإرادة: وهذا العناد يجب أن يشجع ويدعم؛ لأنه نوع من التصميم، فقد نرى الطفل يصر على تكرار محاولته، كأن يصر على محاولة إصلاح لعبة، وإذا فشل يصيح مصرًا على تكرار محاولته.

٢. العناد مع النفس: نرى الطفل يحاول أن يعاند نفسه ويعذبها، ويصبح في صراع داخلي مع نفسه، فقد يغتاظ الطفل من أمه؛ فيرفض الطعام وهو جائع، على الرغم من محاولات أمه وطلبها إليه تناول الطعام، وهو يظن بفعله هذا أنه يعذب نفسه بالتضور جوعًا.

٣. العناد المفتقد للوعي : يكون بتصميم الطفل على رغبته من دون النظر إلى العواقب المترتبة على هذا العناد، فهو عناد أرعن، كأن يصر الطفل على استكمال مشاهدة برنامج تلفازي على الرغم من محاولة إقناع أمه له بالنوم؛ حتى يتمكن من الاستيقاظ صباحًا للذهاب إلى المدرسة.

٤. العناد اضطراب سلوكي : الطفل يرغب في المعاكسة والمشاكسة ومعارضة الآخرين، فهو يعتاد العناد وسيلة متواصلة ونمطًا راسخًا وصفة ثابتة في الشخصية، وهنا يحتاج إلى استشارة من متخصص.

٥. عناد فسيولوجي : بعض الإصابات العضوية للدماغ مثل أنواع التخلف العقلي يمكن أن يظهر الطفل معها في مظهر المعاند السلبي.

أسباب العناد:

١. أوامر الكبار: التي قد تكون في بعض الأحيان غير مناسبة للواقع، وقد تؤدي إلى عواقب سلبية؛ مما يدفع الطفل إلى العناد، كأن تصرّ الأم على أن يرتدي الطفل معطفًا ثقيلاً يعرقل حركته في أثناء اللعب، ولذلك يرفض لبسه، والأهل لم يدركوا هذه الأبعاد.

٢. التدخل بصفة مستمرة من جانب الآباء وعدم المرونة في المعاملة: فالطفل يرفض اللهجة الجافة، ويتقبل الرجاء، ويلجأ إلى العناد مع محاولات تقييد حركته، ومنعه من مزاولة ما يرغب من دون محاولة إقناع له.

٣. الإهمال والحرمان: يؤدي إهمال الوالدين لشؤون طفلهم إلى أن يتحول بالتدريج إلى شخص معاند وكثير الإلحاح. كما أن الحرمان بكل أشكاله

يوجد حالات العناد وبخاصة الحرمان من حنان الأمومة وهو ما يحتمل أن يؤدي في بعض الحالات الى تكوين ميول عدوانية. تشتد حالة العناد حينما يدرك الطفل أنه قادر من خلالها على تحقيق مطالبه، وكذا الحال عند حرمان الطفل من التحرك وتقييد حريته. كما أن عدم توفير الاحتياجات الضرورية والأساسية تدفع بالطفل إلى العناد.

٤. الاتكالية: قد يظهر العناد ردّ فعل من الطفل ضد الاعتماد الزائد على الأم، أو الاعتماد الزائد على المربية أو الخادم.

٥. الشعور بالعجز: إن معاناة الطفل وشعوره بوطأة خبرات الطفولة، أو إعاقات مزمنة تجعل العناد وسيلة لمواجهة الشعور بالعجز والقصور والمعاناة.

٦. التشبه بالكبار: قد يلجأ الطفل إلى التصميم والإصرار على رأيه متشبهًا بأبيه أو أمه، عندما يصممان على أن يفعل الطفل شيئًا أو ينفذ أمرًا ما، من دون إقناعه بسبب أو جدوى هذا الأمر المطلوب منه تنفيذه.

٧. رغبة الطفل في تأكيد ذاته: يبدي الطفل أحيانًا العناد والإلحاح ليظهر بذلك قدرته على التصدي والمجابهة، فالطفل حينما يطلب من أبيه أو من أمه شيئًا ولا يعيرانه اهتمامًا يلجأ إلى أسلوب البكاء، فينال منهما العقاب، ولكنه لا يهدأ ويواصل البكاء والعزوف عن الطعام حتى يضطرهما في نهاية الأمر للخضوع لمطالبه.

٨. الدعم والاستجابة لسلوك العناد: إن تلبية مطالب الطفل ورغباته نتيجة ممارسته للعناد، تعلّمه سلوك العناد وتدعمه، ويصبح أحد الأساليب التي تمكنه من تحقيق أغراضه ورغباته.

٩. النماذج السيئة: يتعلم الطفل من والديه في بعض المواقف أن المصاعب والمشكلات تحل عن طريق القوة، وفي كثير من الحالات يعمد الطفل إلى

اختبار الأب والأم فيتبع أسلوب البكاء والعناد لتحقيق مطالبه، ويفهم من خلال ذلك إمكانيه الحصول على مراده بهذا الأسلوب.

١٠. الفشل المتكرر: الطفل الذي يتعرض إلى إخفاقات متعددة ومتوالية ولا يستطيع إحراز أي نجاح في حياته، يتجه تدريجيًّا نحو سوء السلوك وسوء الخُلق. فالفشل في اللعب وفي جلب اهتمام الوالدين، وفي تكوين الصداقات مع الأقران يؤدي الى العناد.

١١. الاضطرابات العصبية: تشكل الاختلالات والأمراض العصبية سببًا من أسباب ظهور هذه الصفة، حيث يتصف هؤلاء الأطفال بشدة الغضب والاضطراب، وتحدوهم رغبة عارمة في تحقيق مطالبهم عن طريق البكاء والعناد.

١٢. الضغط النفسي : في بعض الحالات يضغط الطفل على نفسه من أجل أن يكون طفلاً جيدًا أمام والديه، وهذا الضغط على الذات يؤدي بشكل طبيعي إلى التعب والملل والضجر فيظهر رغبة في العناد وإثارة الصخب. قد يستطيع الطفل التزام الصمت والهدوء ليوم أو يومين ولكن حينما ينفد صبره يذيق والديه من العناد والأذى عذابًا مضاعفًا.

كيف نتعامل مع الطفل العنيد؟

يري كثير من العلماء أن الآباء والأمهات هم السبب في تأصيل العناد لدى الأطفال؛ فالطفل يولد ولا يعرف شيئًا عن العناد، فالأم تعامل أطفالها بحب وتتصور أن من التربية عدم تحقيق كل طلبات الطفل، في حين أن الطفل يصرّ عليها، وهي أيضاً تصر على العكس فيتربى الطفل على العناد، وفي هذه الحالة يفضل:

١. البعد عن إرغام الطفل على الطاعة، واللجوء إلى دفء المعاملة اللينة والمرونة في الموقف، فالعناد اليسير يمكن أن نغض الطرف عنه، ونستجيب لما يريد هذا الطفل، ما دام تحقيق رغبته لن يأتي بضرر، وما دامت هذه الرغبة في حدود المقبول.

٢. شغل الطفل بشيء آخر والتمويه عليه إذا كان صغيراً، ومناقشته والتفاهم معه إذا كان كبيرًا.
٣. العقاب عند وقوع العناد مباشرة، بشرط معرفة نوع العقاب الذي يجدي مع هذا الطفل بالذات؛ لأن نوع العقاب يختلف في تأثيره من طفل إلى آخر، فالعقاب بالحرمان أو عدم الخروج أو عدم ممارسة أشياء محببة قد تعطي ثمارًا عند طفل ولا تجدي مع طفل آخر، ولكن لا تستخدمي أسلوب الضرب؛ فإنه لن يجدي، ولكنها قد تشعره بالمهانة والانكسار.
٤. عدم صياغة طلباتنا من الطفل بطريقة تشعره بأننا نتوقع منه الرفض؛ لأن ذلك يفتح أمامه الطريق لعدم الاستجابة والعناد.
٥. الحوار الدافئ المقنع غير المؤجل من أنجح الأساليب عند ظهور موقف العناد؛ حيث إن إرجاء الحوار إلى وقت لاحق يشعر الطفل أنه قد ربح المعركة من دون وجه حق.
٦. عدم وصفه بالعناد على مسمع منه، أو مقارنته بأطفال آخرين.

حل مشكلة العناد:

١. تذكري وأنت تعاملين الطفل أن الطفل يجتاز مرحلة العناد ما بين سن الرابعة والسادسة وأن تفاهم الآباء لنفسية الطفل يساعداه في اجتياز تلك المرحلة.
٢. حاولي تثبيت نمط معاملتك مع الطفل، وحددي المسموح وغير المسموح في كل موقف وبهدوء، فالطفل ذو الوالدين المتقلبين لا يكون متأكدًا من شيء.
٣. اسمحي للطفل ببعض الرفض لتكون له شخصية قادرة على اتخاذ القرار.
٤. لا ترفضي كل ما يطلبه الطفل لمجرد الرفض إما أن يكون بسبب واضح أو تبرزي له العلة من رفضك.
٥. خصصي للطفل وقت من النهار لتتقربي من الطفل وتعوضيه انشغالك عنه بقية اليوم ولو أن تحددي هذا الوقت بنصف ساعة فقط.

٦. يجب تجنب الوصول مع الطفل لمرحلة العناد فإذا شعرت بأن الطفل على وشك الدخول في أحدها فحاولي لفت نظر الطفل إلى شيء محبب له أو إلى موضوع آخر بخفة.

٧. يجب منح الطفل وقتًا للخروج إلى المتنزهات وليشعر بالانطلاق واللعب ومشاهد الطبيعة فسوف يمتص ذلك من طاقة الطفل.

٨. اعلمي أن التهديدات لا تجدي مع عناد الأطفال وسيستمر الطفل في العناد.

٩. لا تطلبي من الطفل أكثر من أمر في المرة الواحدة حتى لا تسببي إرباكًا للطفل.

خامساً: التخريب Vandalism

وهي رغبة الطفل في تدمير أو إتلاف الممتلكات الخاصة بالآخرين أو أثاث المنزل أو الحديقة أو الملابس أو الكتب، وليس كل تخريب إتلاف أو عملا سيئًا إذ بعض الأطفال يخرب الأشياء بدافع حب الاستطلاع، فإذا لجأ الطفل الى التشويه أو الكسر أو التمزيق أو القطع، ففي الغالب يعكس رغبة في التعرف على الأشياء أو الموجودات فيعبث بها، مما يوحي لنا بأنهم مخربون، ولكن في الواقع أن الأطفال عادة لا يصدرون هذه السلوكات عن عمد أو بقصد التخريب فقط وإنما لإشباع فضولهم المعرفي.

إن هذه السلوكيات تفرضها طبيعة النمو، فالطفل كلما كان صغيرًا حديث العهد بالموجودات ازدادت لديه رغبة تحليلها وتفكيكها يكون هذا واضحًا لدى الطفل في عامه الأول؛ فمع بداية خطواته الأولى تتسع آفاق المعرفة لديه ويبدأ في التعرف على كل ما هو من حوله فيمسك بالأشياء ويرميها على الأرض ويكون سعيدًا لسماع صوت سقوطها، والطفل أثناء ذلك يمارس حقّه الطبيعي للكشف عن البيئة المحيطة به.

في حدود الثالثة يطور الطفل أساليب عبثه فيفرغ الدواليب والأدراج من محتوياتها ويبعثرها، وقد يتذوق زجاجات العطر ويتعرّف على طعم الأدوية، وقد يحاول رمي الأشياء من النافذة ويشعل الثقاب ويقطع بعض الأشياء بالسكين. وفي سن الخامسة يكون تخريبه منهجيًّا نوعًا ما، فقد يلجأ إلى فك ساعة المنبه، ويفك أرجل اللعب، ويخلع ملابسها، وقد يبكي حينما يفشل في إعادتها إلى حالتها الأولى. ومن الدوافع المهمة وراء التخريب حب الاستطلاع، والكشف عن المجهول بالحل والتركيب.

أشكال مشكلة التخريب:

يصنف التخريب إلى عدد من الأشكال:

١. التخريب البريء: ويظهر لدى الأطفال (من سنتين أربع سنوات)، والأطفال تحت هذا النوع كثيرو الحركة ولا يعطون قيمة للأشياء التي من حولهم حتى لو كانت ثمينة، ولا تنفع معهم التنبيهات ولا يحبون إعادة ترتيب الأشياء أو الأدوات في أماكنها كما كانت.
٢. التخريب الفضولي المنظم: ويظهر لدى الأطفال(من ٥-٦سنوات)، حيث يقوم الأطفال بفك الأشياء ثم يحاول إعادة تركيبها، ويقوم بإعادة ترتيب الأشياء والأدوات التي قام ببعثرتها.
٣. التخريب اللاواعي: تقوم هذه الفئة من الأطفال بتخريب الأشياء دون قصد أما لاصطدامهم بها فتتكسر أو يمسكونها بأيديهم فتتلف، وتقوم هذه الفئة من الأطفال بتخريب الأشياء وتحطيمها نتيجة للنشاط العضلي الذي يقومون به كالشجار مع إخوتهم أو القفز من مكان إلى آخر أو فوق الطاولات والمقاعد.
٤. التخريب المرضي: يظهر هذا النوع من التخريب لدى الأطفال من (٤) سنوات ويزداد شدة عند (٩) سنوات وبعدها، ويكون عمداً أو مسبق التخطيط، وليس المتعة.

أسباب المشكلة:

١. النشاط والطاقة الزائدة في الطفل وقد يرجع ذلك الى اختلال في الغدد الصماء كالدرقية والنخامية ويؤدي اضطراب الغدة الدرقية إلى توتر الأعصاب فتتواصل الحركة ولا يمكن للطفل الاستقرار.
٢. ظهور مشاعر الغيرة لدى بعض الاطفال نتيجة ظهور مولود جديد في الأسرة أو نتيجة التفرقة في المعاملة بين الاخوة.
٣. حب الاستطلاع والميل الى تعرّف طبيعة الأشياء وكثير من أنواع النشاط التي يعدها الكبار نشاطًا هدامًا إنما هي جهد يبذله الطفل للوقوف على القوانين الطبيعية.

٤. النمو الجسمي الزائد مع انخفاض مستوى الذكاء.
٥. شعور الطفل بالنقص والظلم والضيق من النفس وكراهية الذات تدفع الطفل للانتقام ولإثبات ذاته.
٦. اختلال في الغدد الصماء كالدرقية والنخامية.
٧. دوافع انفعالية مكبوتة مثل الغيرة أو الرغبة في الانتقام نتيجة الشعور بالاضطهاد أو الشعور بالخطيئة أو كراهية الذات من قبل الطفل.
٨. مسألة عارضة عندما يضيق المكان أثناء اللعب.

أساليب التغلب على مشكلة التخريب:

١. يجب معرفة الاسباب الكامنة وراء هذا السلوك والعوامل التي ادت لظهوره وهل هي شعورية أو لا شعورية.
٢. إيجاد وسائل تصريف الطاقة الزائدة بطريقة منظمة، عن طريق توفير ألعاب للطفل ووسائل للهو، واشراكه في المعسكرات الرياضية والكشفية.
٣. يجب دراسة الحالة بعناية ودقة لتحديد مدى ونوعية التخريب ومحاولة تحديد الدوافع خلف هذا السلوك التخريبي (عوامل شعورية أو عوامل لا شعورية مثل الغيرة) قد يحتاج الأطفال الذين يقومون بهذا السلوك إلى معالجة نفسية.
٤. توفير أجواء نفسية مريحة للطفل خالية من الاضطرابات داخل المنزل.
٥. إشباع حاجة الطفل إلى الاستطلاع ليس فقط بتوفير اللعب بل مراعاة ما يناسب سنه وتنوعها.
٦. توفير مكان مناسب يستطيع الطفل أن يقوم فيه باللعب.
٧. الابتعاد عن كثرة تنبيه الصغير وتوجيهه لأن ذلك يفقد قوة تأثير التوجيه، ويفقد الطفل الثقة في إمكاناته ويجب أن تقلل الأوامر والنواهي التي تجعل

الأطفال يشعرون بالملل وليس معنى ذلك ترك الأمور بل خير الأمور الوسط الحزم بغير عنف ومرونة من دون ضعف مع بيان ما هو خير وما هو شر.

٨. إشباع حاجة الطفل للاستطلاع ليس فقط بتوفير اللعب بل ومراعاة ما يناسب سنه وتنوعها بحيث تشمل الألعاب الرياضية تفرغ الطاقات الجسدية.

٩. عرض الطفل على الطبيب للتأكد من طبيعة الغدة الدرقية وقياس مستوى ذكاء الطفل عن طريق مقاييس الذكاء.

أسئلة التقويم الذاتي

١. ما المقصود بعدوانية الأطفال، والعوامل المؤثرة فيها؟
٢. لخص النظريات المفسرة لسلوك العدوان.
٣. عدد أنواع العدوان وطرق التغلب عليها.
٤. لخص مراحل الكذب في رأي بياجيه.
٥. حدد أنواع الكذب.
٦. أهم أسباب مشكلة الكذب، طرق التغلب عليها.
٧. لخص دور الوالدين والمعلمين في التغلب علي مشكلة الكذب.
٨. حدد أشكال العناد، وكيف تتعامل مع الطفل العنيد.
٩. ما أشكال مشكلة التخريب؟
١٠. ما أسباب مشكلة التخريب، وأشكال التغلب عليها؟
١١. ما أسباب مشكلة اضطرابات الهوية الجنسية، وطرق علاجها؟

الوحدة السابعة

مشكلات اضطرابات النوم والأكل

الوحدة السابعة

اضطرابات النوم والأكل

أهداف الوحدة

عزيزي الدراس عندما تنتهي من دراسة هذه الوحدة، نتوقع منك أن تكون قادرًا على:

١. تصنيف اضطرابات الأكل.
٢. تحديد أهم أسباب اضطرابات الأكل.
٣. تحديد مدى انتشار اضطراب بيكا؟ وأهم أسبابه وطرق علاجه.
٤. تعرّف المقصود بمتلازمة اجترار، وكيف يمكن علاجها.
٥. تعرّف عدد ساعات النوم التي يحتاجها الإنسان في مراحل العمر المختلفة.
٦. تعرّف أعراض اضطرابات النوم وأهم أسبابها.
٧. تحديد أشكال اضطرابات النوم.
٨. تلخيص طرق العلاج النفسي والطبي للتغلب على مشكلة اضطرابات النوم.
٩. تلخيص أهم أدوار المعلم في التغلب على مشكلة اضطرابات النوم.

مشكلات اضطراب الأكل والنوم
Eating and Sleeping disorders

مقدمة:

تعتبر اضطرابات الأكل والنوم من الاضطرابات الشائعة لدى بعض الأطفال، وقد تلعب الأسرة دورًا أساسيًّا في ظهور تلك المشكلات، أو بسبب العادات غير السليمة التي يكتسبها الطفل منذ الصغر، وأيًا كانت المسببات فهي من المشكلات التي تحتاج إلى علاج وحكمة في التعامل.

أولاً: اضطرابات الأكل

سلوك الآباء تجاه طريقة أكل طفلهم يؤثر تأثيرًا بالغًا في سلوكات الطفل، وعادة ما يظهر الآباء القلق على طفلهم، وفي معظم الأحيان تكون لديهم تطلعات كبيرة حول ما سيأكله الطفل. من المهم جدًّا تذكر أن الغذاء مهم جدًّا لصحة الطفل، وكمية الغذاء التي يحتاجها الطفل تتناسب مع معدل نموه، فالأطفال الصغار عادة ما ينمون بسرعة، فالطفل في عمر (٦) أشهر يزيد وزنه كيلوغرامًا كل (٨) أسابيع، أما الطفل في عمر (١٨) شهرًا، فينمو ببطء، وقد يحتاج إلى (٦) أشهر ليزيد وزنه كيلوغرامًا واحدًا فقط. لهذا السبب فالأطفال أكبر من سنّ (١٨) شهرًا لا يأكلون كثيرًا لأنهم لا يحتاجون إلى كثير من الغذاء.

وتشير "تانيا بايرون" إلى أنه لكي تعرف مدى مشكلة الأكل لدى طفلك، يجب عليك أن تفكر في الإجابة عن الأسئلة المرجعية الآتية:

- هل يمكن لطفلك إطعام نفسه من عمر (١٠– ١٢) شهرًا فصاعدًا؟
- هل يسيطر طفلك على اختيار الأغذية أو الحمية؟ وينبغي ألا يكون هذا؟
- هل يستسيغ طفلك مجموعة من الأغذية الطازجة من مختلف المجموعات الغذائية؟
- هل يستطيع طفلك أن يضع الطعام في فمه ويمضغه؟ عادة منذ سنّ أربعة أشهر ينبغي للطفل أن يكون قادرًا على وضع الاغذية في الفم وابتلاعها، ويبدأ المضغ والبلع عند الشهر السادس.
- هل وزن وطول طفلك يتناسب مع سنّه؟

تصنيف اضطرابات الأكل:

أ) الأكل الانتقائي: يفضل الطفل مجموعة محدودة من الأغذية، وعادة ما لا يرغب في محاولة إضافة أنواع جديدة من الاغذية.

ب) رهبة الغذاء الجديد: تحدث عادة بين عمر(١٨ – ٢٤ شهرًا)، يرفض الطفل عندها الأكل الجديد عليه، وربما يتمرد علي الأكل المألوف أيضًا.

جـ) رفض الغذاء: شائع بين الأطفال من دون سنّ الدراسة، يأكلون أو يرفضون الطعام في حالات معينة وفي الغالب لا يرفضون تناول أكلهم المفضل.

د) الأكل المحدود: يأكل الطفل كميات أقل من الأغذية بكثير مما ينبغي بالنسبة لعمره، وعادة ما لا يرفض أكل أنواع الأغذية المختلفة. في الغالب يكون الطفل نحيلاً وقصيرًا، ولكن على خلاف ذلك في صحة جيدة.

هـ) رهبة الغذاء: يقاوم الأكل والشرب بشدّة، ويمكن أن يتجنب بعض الأطعمة باختلاف قوامها؛ لأنه يخاف من الاختناق، أو أن يمرض بسببها. يكون متوترًا جدًّا أثناء تناول الوجبات.

أسباب اضطرابات الأكل:

هناك العديد من الأسباب التي تسبب مشكلة اضطرابات الأكل، منها:

أولاً: أسباب بيولوجية:

١- الوراثية: دراسات عديده أجريت التي تظهر نزعة الوراثية المحتملة تجاه اضطرابات الأكل.

٢- الأسباب اللاجينية: التي تسببها الآثار البيئية التي تغير الجينات عبر أساليب مثل methylation الحمض النووي، وقد تحدث طوال مراحل العمر.

٣- الكيمياء الحيوية: وهي عملية معقدة يسيطر الجهاز الهرموني العصبي، والهرمونات أو الأحماض الأمينية نيوروبيبتيديساند مثل homocysteine،

والسيروتونين العصبي تشارك أيضاً في الاكتئاب وله يؤثر المثبطة على الأكل السلوك، و"ليبتين" هرمون ينتج أساسًا عن طريق خلايا الدهون في الجسم له آثار على الشهية.

٤- مضاعفات الولادة، وهناك دراسات تفعل فيها إظهار تدخين الأمهات، ومضاعفات الولادة وفترة ما حول الولادة مثل فقر الدم الأمهات.

ثانياً: السمات الشخصية:

السمات الشخصية خصوصًا خلال فترة المراهقة يرجع إلى مجموعة متنوعة من التأثيرات الفسيولوجية والثقافية مثل التغيرات الهرمونية المرتبطة بسنِّ البلوغ.

ثالثاً: إساءة معاملة الأطفال Child Abuse:

الإساءة إلى الأطفال الذي يشمل الإيذاء البدني والنفسي والجنسي، فضلاً عن الإهمال فقد ثبت بعدد لا يحصى من الدراسات عامل مسرف في مجموعة متنوعة من الاضطرابات النفسية، بما في ذلك اضطرابات الأكل. يؤدي لظهور تلك الاضطرابات كمحاولة لكسب بعض الشعور بالسيطرة أو لشعور بالراحة.

يمكن أن يسبب إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم تغييرات عميقة في بنية الفسيولوجية للدماغ. الأطفال الذين يودعون في دور الأيتام أو دور الحضانة تحت وصاية الدولة معرضة بصفة خاصة لتطوير نمط أكل اضطرابه، فالبيئة منزلية غير مستقرة ضارة بالصحة النفسية للأطفال.

رابعاً: العزلة الاجتماعية Isolation unanimous :

العزلة الاجتماعية قد ثبت أن لها تأثير ضار جسديًّا وعاطفيًّا على الأفراد. تلك المعزولة اجتماعيًّا يكون معدل وفيات أعلى عمومًا بالمقارنة مع الأفراد التي أقامت علاقات اجتماعية. ويرجع سببها إلى عدة عوامل منها إهمال الطفل، وشعورة بالنقص،

والعاهات الجسمية، وتدني المستوى الاجتماعي والاقتصادي للفرد، وحرمان الطفل من الحب والحنان، مما يؤدي إلى ظهور عادات أكل غير سليمة.

خامساً: تأثير الوالدين:

قد ثبت تأثير الوالدين أن تكون عنصر جوهري في تطوير سلوكيات تناول الطعام للأطفال. يظهر هذا التأثير من خلال مجموعة متنوعة من العوامل المتنوعة مثل: النمط الوراثي، الخيارات الغذائية وفق ما تمليه الأفضليات الثقافية أو العرقية، وشكل الجسم بين الوالدين والأكل أنماطًا، ودرجة التوقعات لأطفالهم، فضلاً عن العلاقة بين الأشخاص من الأم والطفل. هذا بالإضافة إلى المناخ النفسي والاجتماعي العام للمنزل، ووجود أو عدم وجود بيئة مستقرة مواتية. وقد ثبت أن سلوك الوالدين يلعب دورًا مهمًا في تطوير اضطرابات الأكل.

سادسًا: ضغط الأقران:

ضغط الأقران يلعب دورًا كبيرًا في اهتمامات صورة الجسد، فإتباع نظام غذائي بين المراهقين يتأثر بسلوك الأقران.

سابعًا: الضغوط الثقافية:

الضغوط الثقافية بخاصة في المجتمع الغربي. هناك الصورة النمطية غير واقعية لماهية الجمال والهيئة المثالية، كما يصور بصناعات الإعلام والموضة والترفيه. إلى جانب الضغوط الثقافية على المرأة تكون عاملاً مؤهبًا لظهور اضطرابات الأكل.

أنواع اضطرابات الأكل:

تعتبر اضطرابات الإطعام والطعام في الرضاعة والطفولة المبكرة مؤشرًا جيداً للعلاقة بين الطفل الرضيع والأم، الجدة، وجليسة الأطفال. وبصفة عامة فإن اضطرابات الإطعام والطعام تتضمن الحالات المختلفة مثل: رفض تناول الطعام –

تجنب الطعام – المحاولات الجادة لرفض الإطعام أو التأخر في الاعتماد على النفس في تناول الطعام، ويمكن أن يتزامن ويصاحب اضطرابات الإطعام التدهور الجسدي مثل الهزال والكسل والخمول وبطء الحركة وضعف التركيز وليس بالضرورة ظهور أمراض عضوية. ويتزايد معدل اضطرابات الإطعام في الأطفال الذين يعانون الإهمال والحرمان والعقاب.

ووفقًا لما ورد في جمعية الطب النفسي فيما يخص اضطرابات الإطعام والطعام في سنِّ الرضاعة والطفولة المبكرة فإن هذه الاضطرابات تشمل الآتي:

١- اضطراب بيكا "pica".

٢- اضطرابات الاجترار "Rumination disorders".

٣- اضطرابات الإطعام في فترة الرضاعة أو الطفولة المبكرة .

١- اضطراب بيكا "Pica" (أكل مواد غير غذائية):

أحيانًا يشار لهذا الاضطراب باسم "الوحم" ولكن البيكا يمكن أن تحدث أثناء الوحم، ولكن لا تغطي كلمة الوحم المعنى العام للاضطراب، وفقًا لما ورد في جمعية الطب النفسي النقاط التشخيصية بيكا هي:

أ) الأكل المستمر لمواد غير غذائية (الورق، الخشب، الصابون، الجير، الحصى، الطين، الصلصال، الثلج، الأقلام الرصاص، المحاة، اللعب البلاستيكية، الشعر، الأظافر، التراب، الخيوط، القماش...) لفترة شهر على الأقل.

ب) أكل المواد غير الغذائية غير مناسب للمرحلة التطورية والعمرية.

جـ) السلوك الطعامي ليس مقبولاً ثقافيًّا.

د) حدوث السلوك الطعامي حصرًا أثناء وجود اضطراب عقلي آخر مثل (التخلف العقلي– الاضطراب النمائي الشامل – الفصام) وبالتالي يستحق الانتباه عمليًّا وبصورة مستقلة.

ما مدى انتشار هذا الاضطراب؟

١- إن هذا الاضطراب كما ورد من قبل في العيادات الخارجية للمستشفيات يمثل حوالي (٧٥٪) في الرضع من (١٢) شهرًا وحوالي (١٥٪) في الأطفال من (٢– ٣) سنوات بأنهم يضعون أشياءً غير مغذية في أفواههم.

٢- اضطراب بيكا أكثر شيوعًا في الأطفال ذوي التخلف العقلي.

٣- اضطراب بيكا يؤثر في الأطفال من الجنسين بنسب متساوية.

أسباب الإصابة:

بصورة عامة إن اضطراب بيكا عرض مؤقت غير مستمر يستمر فقط حوالي شهور ثم بعد ذلك يختفي تمامًا، وقد يرجع إلى: تأخر في نمو الكلام، تأخر في التطور الاجتماعي، الاكتئاب في الأطفال الأكبر سنًّا، سوء التغذية ونقص المواد المغذية.

- التطلع الشديد لتناول الثلج مرتبط بنقص الحديد والزنك في جسم الطفل ويتم اختفاء هذا التطلع والشغف بإعطاء الطفل مواد غذائية تحتوي على الحديد والزنك.
- الحرمان النفسي والسيكولوجي: فهناك نظرية فسرت اضطراب بيكا على أن الطفل المحروم من العطف والحب والاحتياجات النفسية، فإن تناوله المواد غير المفيدة غذائيًّا وغير المناسبة للمرحلة التطورية يعد عملية تعويضية.

علامات اكلينيكية للتشخيص:

- إن تناول الطفل المواد غير الغذائية بصورة مستمرة بعد سنِّ (١٨) شهرًا يعد غير طبيعي.
- إن بداية اضطراب بيكا ما بين سنِّ (١٢ – ٢٤) شهرًا.
- الطفل يعض في الأرض – اللعب – الأحجار.

ولا يوجد اختبار معملي لتأكيد التشخيص، ولكن وجد في معظم الحالات انخفاض في نسبة الحديد والزنك بالدم، ولوحظ في هذا الاضطراب ازدياد معدل الرصاص بالدم مما ينتج عنه تسمم؛ وذلك لأن في أكل الطفل مواد تحتوي على الرصاص، وقد يستمر هذا الاضطراب لمدة شهور ثم يختفي، وفي الأطفال فإن الموضوع يختفي تدريجياً مع زيادة العمر، ولكن الأطفال ذوي التخلف العقلي يستمر الاضطراب معهم لأعوام.

طرق العلاج:

يجب أولاً تحديد السبب بقدر الإمكان مثل تجنب ومعالجة الأسباب:

- تفادي تواجد الضغوط المختلفة على الطفل.
- العديد من العلاجات السلوكية الأكثر شيوعاً هو العلاج السلوكي التحفيزي من خلال التقوية للسلوك أو أسلوب الثواب والعقاب.
- توفير الحب والرعاية والحنان للطفل.
- تجنب تعرض الطفل للمواد التي تحتوي على مركبات الرصاص.
- أن نربط بين سلوك الطفل في أكل الأشياء غير المفيدة وغير الغذائية وبين ما يعاني من حرمان وإهمال وحلّ هذه المشكلة.
- زيادة انتباه الآباء لأهمية ملاحظة سلوك الأطفال في تناول الطعام.

٢. متلازمة اجترار Rumination Disorder :

إن اضطراب الاجترار واحد من اضطرابات الإطعام والطعام في سنّ الرضاعة أو الطفولة المبكرة، ويمكن ملاحظة الاجترار كشيء طبيعي في الأطفال الذين ينمون نمواً طبيعياً ويضعون أصابعهم أو اليد في الفم ثم يتبعه قيء، كما يلاحظ الاجترار في الرضع الذين يفتقدون للتفاعل العاطفي مع الأم والمحيطين والذين من خلاله يثيرون

انتباه الآخرين. والاجترار قليل الحدوث ولكنه أكثر حدوثًا في الذكور، العمر من (٣ شهور- سنة)، وأكثر حدوثًا في الأطفال ذوي التخلف العقلي.

وبداية الاضطراب بصفة عامة بعد سن (٣) شهور أي بعد فترة الشهور الأولى، إن تشخيص الاجترار في أطفال أكثر من (٣) شهور يكون صعبًا إلا إذا كان هذا الاضطراب يصاحبه اضطرابات أخرى باطنية مثل (الارتجاع المريئي).

وتشخيص اضطراب الاجترار إذا كان وزن الطفل الرضيع طبيعي أو أقل من الوزن المناسب لعمره، فشل الطفل في النمو ليس شرطًا للتشخيص، وهذا الاضطراب يتم تشخيصه وفقًا للنقاط التشخيصية كما ورد في جمعية الطب النفسي:

- إعادة مضغ متكرر للطعام لفترة شهر على الأقل على أن يكون خاليًا من الوظيفة الطبيعية.
- لا ينجم الاضطراب من اضطراب معدي معوي أو حالة طبية عامة أخرى موافقة.
- لا يحدث الاضطراب حصرًا أثناء سير القمة العصبي أو النهم العصبي، وإذا حدثت الأعراض في سياق التخلف العقلي أو في سياق اضطراب نمائي شامل فإن هذه الأعراض تكون بشدة كافية لكن تحتاج انتباهًا عمليًّا لحالة الطفل.

ومن المهم جدًّا أن تلاحظ الأم إذا كان الطفل يعاني من تكرار الكشط وإعادة مضغ الطعام لمدة شهر على الأقل من فترة سابقة؛ لذلك كان فيها الطفل طبيعيًّا جدًّا، وعلى الأم أن تفرق جيدًا بين الاجترار والقيء، **فالاجترار:** يعني تكرار إعادة الطعام من المعدة إلى الفم ثم ابتلاعه مرة ثانية أو لفظه من خلال الفم، أما **القيء:** لفظ الطعام من المعدة عبر الفم من دون ابتلاعه ثانية، ولكن في الاجترار يصدر عنه حركة لها غرض وهدف لتكرار الفعل السابق ذكره، ويكون وضع الطفل عادة ويعاني الطفل من الجوع بين مرات الاجترار.

أسباب الإصابة بمتلازمة الاجترار:

إن اضطراب الاجترار يكون نتيجة عوامل نفسية أو أسباب عضوية:

١. الإثارة والضغط العصبي على الطفل يمكن أن يكون سببًا.

٢. العسر الوظيفي للجهاز العصبي.

٣. في بعض الحالات القيء الناتج عن الارتجاع المريئي ينتج عنه الاجترار الذي يستمر لعدة شهور.

٤. في الأطفال ذوي التخلف العقلي كسلوك تحفيزي لنفسه.

٥. العامل النفسي الديناميكي والذي يرجع الاجترار إلى سوء العلاقة بين الأم والطفل، ولمشاعر الحب غير الكافي لإشباع الطفل سيكولوجيًا.

الأسباب العضوية: مثل:

١. العيوب التكوينية الوراثية في الجهاز الهضمي.

٢. العدوى، النزلات المعوية، الميكروبات، الطفليات.

٣. انسداد بوابة المعدة وعادة يصاحبه قئ شديد.

٤. اضطراب بيكا Pica.

٥. التخلف العقلي المصاحب له اضطرابات الجهاز الهضمي.

ليس هناك فحص معملي معين، ولكن يجب فحص الطفل جسمانيًّا جيدًا؛ وذلك للتأكد من عدم وجود ضيق في المعدة "Hiatal hernia" بسبب فتئ في الحجاب الحاجز، ويمكن أن يصاحب الاجترار فشل نمو الطفل فيجب التأكد من بعض الفحوصات مثل: وظائف الغدة الدرقية، فحص الدم الشامل.

علاج متلازمة الاجترار:

إن علاج اضطراب الاجترار عادة ما يكون باستخدام العلاج السلوكي ويصاحبه التوعية والتعليم، وأيضًا الاهتمام والتقييم للعلاقة بين الطفل وأمه.

١. التدخل السلوكي فبمجرد حدوث الاجترار يتم إعطاء الطفل عصير الليمون، وتستعمل هذه الطريقة لمدة خمسة أيام وذلك في حالة تكرار الاجترار.
٢. استخدام العلاج التنفيري في حالة تكرار الاجترار، وتعني تعريض الطفل لمؤثر مؤلم خفيف كلما تعمد اجترار الطعام حتى يربط الطفل بين حدوث الألم بعد حدوث الاجترار فعند رغبته في منع الألم لابد من أن يمنع الاجترار.
٣. التقليل من الانتباه للطفل للتقليل من الاجترار؛ وذلك في الطفل الذي يتعمد الاجترار أمام أمه للحصول على اهتمامها وقربها منه.
٤. تحسين البيئة النفسية المحيطة بالطفل.
٥. العلاج النفسي والتحفيزي للأم للرعاية والاهتمام بالطفل.
٦. العلاج الجراحي في حالة وجود أسباب عضوية.
٧. العلاج الدوائي لا يوجد دراسات حقيقية عنه.

اضطرابات الإطعام في الرضع أو الطفولة المبكرة:

إن اضطراب الإطعام في سن الرضاعة بصفة عامة يعرف على أنه سوء السلوك الاطعامي بين الطفل ومصدر الرعاية، وهذا الاضطراب له أكثر من مكون مختلف مثل: رفض الطعام، اختيار أنواع محددة من الطعام، أو تجنب الطعام، أكل كميات قليلة جداً من الطعام. وبالطبع ينعكس ذلك على وزن الطفل الذي يقل ولا يستطيع الرجوع للوزن المناسب في خلال شهر أو أكثر، وبالطبع لا يصاحب هذا الاضطراب مشكلات صحية أو تخلف عقلي.

النقاط التشخيصية للاضطراب كما ورد في كتاب جمعية الطب النفسي:

- اضطراب الإطعام يتميز بالفشل المستمر في تناول الطعام بشكل كاف مع الفشل الواضح في اكتساب الوزن أو فقدانه خلال شهر على الأقل.

- لا ينجم الاضطراب عن اضطراب معوي أو حالة طبية عامة موافقة مثل الارتجاع المريئي.
- لا يكون سبب الاضطراب اضطرابًا آخر مثل اضطراب الاجترار أو نقص توافر الطعام.
- البداية قبل عمر (٦) سنوات.

ويمثل من(١٥٪) إلى (٣٥٪) من الأطفال الصغار الذين يعانون من مشكلات الإطعام بصورة مؤقتة؛ وتم ملاحظة ذلك من عمل دراسة على أطفال المدارس، ومعدل الانتشار (٤,٨٪) ويؤثر في الجنسين، والأطفال الذين يعانون من الاضطراب أكثر شكوى من الأعراض الجسمانية والمشكلات النفسية كالقلق، والفشل في النمو واكتساب الوزن في(٣٪) من الأطفال الرضع، ومعظم الأطفال ذوي مشكلات الإطعام الذين يتم تشخيصهم في أول سنة من العمر أقل عرضة للمضاعفات أو فشل النمو، وحوالي (٧٠٪) من الرضع الذين يرفضون الطعام في أول سنة أكثر عرضة لمشكلات الطعام خلال فترة الطفولة.

طرق العلاج:

علاج هذا الاضطراب يحتاج للتدخل الذي يستهدف الطفل، الأم، الشخص الذي يرعى الطفل، فبداية لاتخاذ خطوات عملية للعلاج يجب أن تلجأ للطبيب لتركيب أنبوبة معوية للطفل؛ وذلك لتعويض الإطعام عن طريق الفم، وفي حالة عدم قدرة الأم على المشاركة في هذا التدخل الطبي يجب إشراك شخص من مقدمي الرعاية للطفل. وفي القليل من الحالات نلجأ للإبقاء على الطفل بالمستشفى.

ومعظم التدخلات العلاجية تعتمد على تقوية فَهم الأم وتعليمها العوامل التي تؤثر في الهضم وأن يكون لديها الدراية الكافية بعدد الوجبات اللازمة والفرق بين كل وجبة وأخرى، الساعة البيولوجية في جسم الطفل، وهناك أنموذج للتدخل في علاج مثل

هـذه الحـالات. التأكيـد أولاً علـى أهميـة الحـب والمشـاعر الدافئـة بـين الأم والطفـل والاهتمام بنوم الطفل والتقليل من تعرض الطفل لأى قلق أو مثيرات خارجية.

وهذا النموذج يتضمن:

١- تعليم الآباء أهمية إطعام الطفل بصورة منتظمة على مدار(٣ – ٤) ساعات كفارق بين الوجبات والتقليل من استخدام الماء خلال الوجبات.

٢- انتباه الآباء إلى السلوكات الإيجابية لإطعام الطفل.

٣- تعليم الآباء اكتشاف مخاوف أطفالهم أولاً، وتعرّف مثيرات القلق لدى الطفل.

٤- التغيير من السلوكات لتشجيع انتظام الاحساس الداخلي للطفل.

أما بالنسبة للأطفال الأكبر سنًّا الذين يعانون من اضطرابات الإطعام: هؤلاء الأطفال يمكن أن يعانوا من فشل في النمو، ويحتاجون للمستشفى للإبقاء عليهم وتغذيتهم.

وهناك العديد من المتلازمات الأخرى التي تدل على اضطرابات الأكل أيضًا، منها:

٤. متلازمة الصيانة الغذائية:

متلازمة الحفاظ على الأغذية، وهي مجموعة من السلوكيات الشاذة في تناول الطعام للأطفال في دور الرعاية أنها نمطًا من السلوكات "شراء وصيانة "، وهي الافتراض بأن هذا التناذر يتم تشغيلها بوساطة الإجهاد وسوء المعاملة التي يتعرض لها هؤلاء الأطفال.

لماذا تحدث مشكلات الأكل عند الاطفال؟

ومن الممكن أن تكون مشكلات الأكل عند طفلك مرحلة طبيعية يمرُّ بها الطفل. بلا شك في أن قلق الآباء سيزيد الموقف توترًا، ولكن علينا أن ننظر الى الموقف بصورة أكثر موضوعية ونرى ماذا يمكن أن يسبب مثل هذه المشكلة لطفلنا، حتى نحاول مساعدته.

ومن الأسباب الشائعة التي قد تسبب هذه المشكلات: التسنين يمكن أن يؤدي إلى اختلال عادات الأكل لدى الطفل، وذلك لأن الطفل يفقد شهيته وقد تؤلمه الأغذية الصلبة، وفي بعض الاحيان قد يكون هناك تأخر في نمو عضلات البلع أو مشكلات ولادية. وفي هذه الحالة لا يتمكن الأطفال من البلع وبعضهم قد يجد صعوبة في مضغ الطعام. وقد يكون بسبب الصدمات العاطفية مثل الانتقال من المنزل، أو ولادة طفل جديد أو مرض الطفل أو حدوث وفاة بالأسرة، من الممكن ان تسبب اضطراب في عادات أكل طفلك، ولكنها عادة ما تكون مرحلة مؤقتة. وأحيانًا يولد الطفل بالخوف من الطعام الجديد أو زيادة الحساسية من الأغذية وفي هذه الحالة تفشل كل محاولات الآباء لمعالجة مشكلة الأكل لطفلهم.

كيف يمكن مساعدة الطفل للتخلص من تلك المشكلة؟

ليس هناك قاعدة ذهبية تضع لك الطريقة المثلى لكيفية جعل طفلك العنيد يأكل ما تريدينه منه. ولكن من المهم ألا يسيطر عليك القلق أو التوتر، فقلقك ينعكس وتوصي جيليان هاريس الآباء بالسماح لأبنائهم بأكل ما يريدون، وعرض أنواع أخرى من الأطعمة على الطفل تدريجيًّا وبلطف شديد، وذلك حتى لا يتوترون، وبالتالي ينعكس ذلك على أطفالهم. اذا انتهجت نهجًا متعاطفًا ومرنًا مع مشكلات تغذية طفلك فإنها سوف تختفي بمرور الزمن، لذلك يجب مراعاه ما يلي:

١. لا تغصب طفلك على الأكل، فهذا يمكن أن يؤثر فيه سلبًا.

٢. لا تفقد الأمل إذا رفض طفلك نوع جديد من الغذاء، فبعض الأطفال قد يحتاجون لمزيد من الوقت للتعود على قوام الطعام ولونه ومذاقاته المختلفة، تشير الدراسات إلى أن معظم الأطفال لا يحاولون تناول الأغذية الجديدة إلا إذا عرضت عليهم (١٠–١٥) مرة.

٣. **لا تظهر قلقك أو توترك، فيشعر طفلك بهذا، ويزيده توترًا أثناء وجبات الطعام.**

٤. **كن حريصًا على تشجيع طفلك إذا تناول نوع غذاء جديد، فالتشجيع يحفزه على الأكل.**

٥. **إذا رفض طفلك أن يأكل لا تبدل طعامه بنوع آخر من الطعام، انتظري ساعة أو ساعتين لتقدمي له نوع آخر.**

ثانياً: اضطرابات النوم Sleep Disorders

الإنسان يقضي ثلثي عمره في النوم، الطفل الوليد ينام ما يقرب من (٢٢) ساعة، كلما تقدم الطفل في العمر قل نومه، إذ إن عدد ساعات النوم تتوقف على الصحة العامة والتغذية، وتدل اضطرابات النوم الحادة والمستمرة على وجود "اضطراب انفعالي"، والفرق بين اضطرابات النوم الطبيعية والمرضية فروق في الدرجة وليس النوع.

النوم هو "حالة متكررة من انعدام الفاعلية أو السبات، تقترن بفقدان الوعي المؤقت وانخفاض مستوى الشعور بالمؤثرات المحيطة". الكثير من الأطفال يخافون من الانتقال من حالة اليقظة الى حالة النوم، لأن النوم والظلام كثيراً ما يرتبطان في ذهن الطفل بأمور مخيفة، فهناك مخاوف ليلية عابرة (من اللصوص، أصوات الضجيج، برق ورعد والاختطاف..) ذات أثر على النوم، وقد يعبر الأطفال عن تلك المخاوف بصورة علنية أو يقنعونها عبر تكتيكات هدفها في الغالب تأجيل موعد النوم، وقد يطلب الطفل الخائف النوم في غرفة الوالدين.

ساعات النوم:

تختلف ساعات النوم باختلاف العمر، فنجد الطفل (منذ الولادة – ٣ شهور) ينام من(١٦–٢٠) ساعة يومياً، وفي عمر (٣–٩ شهور) ينام الطفل من (٣–٥) ساعات نهارًا، و(١٢) ساعة ليلاً، وفي عمر (من ٩–١٢ شهرًا) ، ينام الطفل (٣) ساعات نهارًا ، و(١١–١٢ ساعة) ليلاً، أما في عمر (٣) سنوات ينام الطفل(١٢) ساعة يوميًا، أما المراهق فينام حوالي (٩) ساعات يوميًا، أما الشخص البالغ فينام حوالي (٧–٨) ساعات يوميًا.

ونجد أنه من الطبيعي أن يستيقظ الطفل الرضيع منذ ولادته وحتى الأشهر الأولى مطالبًا بالرضاعة، فيكون السبب البديهي هو الجوع والحاجة إلى الأكل. وأنه سرعان ما يعتاد النوم لساعات أطول ويتوصل بعدها إلى النوم خلال الليل بأكمله، إذ تنضج «ساعته البيولوجية» ويستقر هذا الروتين معه.

لكن في بعض الحالات الصعبة، لا يكون الجوع هو مسبب الاستيقاظ، ولا يكون الطفل رضيعًا، فيقع الأهل في حيرة من أمرهم إزاء معالجة الموضوع، وتبدأ الأخطاء من دون معرفة السبب الرئيس ومحاولة حلّه.

فنجد أطفال لا ينامون ليلاً، وآخرين يتقلقلون، أو يبكون، أو يرفضون النوم بمفردهم، حالات تسبب توتراً عند الأهل وتمنعهم من مزاولة نشاطهم النهاري بسبب تدهور نوعية النوم وانتقاص كميته ليلاً، فما هذه الاضطرابات وأسبابها المباشرة وغير المباشرة.

وهذه الاضطرابات تمنع الطفل من التمتع بنوم هانئ وهادئ وكامل خلال الليل، لعل المشكلة الأبرز هي "الاستيقاظ المتكرر عند الطفل". فالاضطرابات المتكررة هي نتيجة مشكلة قد تكون طبية صحية، وتستوجب العلاج الدوائي أو سواه، وهي لا تمر مرور الكرام وتزول من تلقائها.

وبالتالي فهي خلل يحصل في طريقة النوم لدى الطفل، والذي يظهر في صورة حركة مفرطة أو كلام أو مشي أثناء النوم، أو قلق في مراحل عدة أثناء النوم، مما يكون لها انعكاسات سلبية على نوعية النوم وكميته، وتؤثر بالتالي في الطفل وراحته، وحتى على الأهل وروتينهم.

مراحل النوم:

يقسم النوم إلى مراحل، تختلف مدة كل واحدة منها حسب سن الشخص، وأبرز مرحلتين:

- **المرحلة الأولي: النوم المتقلب حيث تكون حركة العين السريعة** Rapid Eye Movement
- **المرحلة الثانية: حالة النوم العميق، حيث لا كلام ولا حركة ولا أحلام.**

أعراض الاضطراب النوم:

هناك أعراض مشتركة لدى الأطفال الذين يعانون من تلك المشكلة منها: قلق، استيقاظ متكرر، بكاء، الأرق – الكلام أثناء النوم – كثرة النوم – التقلب الزائد أثناء النوم – الأحلام المزعجة – المشي أثناء النوم – البكاء أثناء وقبل النوم – مصّ الإبهام أثناء النوم.

أسباب اضطرابات النوم:

١. أسباب حيوية: أمراض – إجهاد جسمي أو عصبي – تناول أقراص منومة – سوء التغذية – فقر الدم – نقص هرمون الغدة الدرقية.

٢. أسباب نفسية: قلق – صراعات داخلية – توتر...إلخ.

٣. أسباب بيئية: اتجاهات والديه خاطئة – إجبار الطفل على النوم – النوم كعقاب – المسكن غير مناسب.

ويمكن إعادة أسباب الاستيقاظ المتكرر عند الأطفال إلى طريقة الأهل الخاطئة في التعامل معهم، من حيث إطعامهم الحليب أثناء النوم، وخلال الليل، وهو مرفوض بعد سن الستة أشهر، ومن حيث تربيتهم على عادات النوم الخاطئة، في سرير الأهل أو على التليفزيون، أو في حضن الأم.

فاضطراب النوم في هذا العمر لدى الأطفال يكون ناتجاً من نمط سلوكي معين تعود عليه الطفل ثم بعد ذلك بدأت هنالك بعض التغيرات، أي أنه لم يتم اتباع نفس النمط الذي تعود عليه، وأكثرها هي الرضاعة ليلاً، لذا نوصي الكثير من الأمهات ألا يقمن بإرضاع أطفالهم ليلاً حتى إذا قام الطفل بالبكاء.

ومن الأسباب التي تؤدي إلى اضطرابات النوم أيضاً آلام الأسنان وآلام التسنين، وكذلك المغص أو الألم الذي قد يحدث من تغير الطعام لدى الطفل، فالجهاز الهضمي

حين ينقل إليه نوع معين من الطعام أو الحليب من نوع مخالف يؤدي إلى هذه الاضطرابات وإلى التقلص في الأمعاء والمعدة، وهذا ربما يؤدي إلى اضطراب في نوم الطفل.

أشكال اضطرابات النوم:

هناك العديد من أشكال اضطرابات النوم، منها: الخوف من الظلام، ليس لدى الطفل شعور بالنعاس، البكاء وقت النوم، المشي أثناء النوم، النوم في سرير الوالدين، الحديث أثناء النوم، الأرق. وفيما يلي شرح بعض من تلك الأشكال:

١. **نوبات الذعر الليلي:** تظهر حالات الذعر الليلي او الفزع الليلي عادة في سنوات ما قبل المدرسة، ويحدث الفعل عادة عند بدء دورة النوم، ويظهر على الطفل بعض العلامات مثل: تنفس مجهد، حدقتين متسعتين، تعرق، تسرع القلب، وقد يشكو من تظاهرات بصرية غريبة الأطوار ويبدو عليه الخوف واضحاً، وقد تحدث حالة المشي أثناء النوم التي يكون الطفل خلالها عرضة للأذية نظراً لانقضاء عدة دقائق عليه ليبدي اهتداءً واضحاً، وعادة ما ينسى الطفل محتوى الحلم الذي سبب الفزع .

تميل حالات الفزع الليلي للتراجع مع تلقاء نفسها، وقد يكون لها صلة بصراع نوعي ذي صفة تطورية أو بحادث رضى مؤهب، ويقال أن نسبة حدوثه لدى الأطفال (٢ – ٥٪) ويعتبر أكثر شيوعاً لدى الصبيان منه لدى البنات، كما لوحظ وجود طراز عائلي لتطور حالات الفزع الليلي، وقد يكون للمرض المترافق مع ارتفاع درجة الحرارة دور في حدوث نوب الذعر الليلي.

٢. **الكوابيس الليلية:** تحدث في أعمار مختلفة، ويمكن تفريقها بسهولة عن نوبات الذعر الليلي، فهنا يشاهد الطفل حلماً مزعجاً يتلو ذلك حالة صحو تام، ويستطيع الطفل تذكر الحلم، ويحدث ذلك في النصف الأخير من الليل، ويبدو الطفل خائفاً بعد الصحو، ويستجيب بشكل جيد للوالدين، ولمحاولات إزالة

الخوف، وقد يجد الطفل صعوبة في العودة الى النوم وتزول أكثر حالات الكوابيس الليلية مع تقدم الطفل بالعمر.

٣. المشي أثناء النوم: يحدث المشي أثناء النوم لبعض الأطفال بسن المدرسة، وتختفي تلك الحالات العارضة مع بدء المراهقة بصورة طبيعية، ويغلب عليها أن تترافق مع بول الفراش الليلي وقصة عائلية للسير أثناء النوم، وفيما يخص الحالات النفسية المرضية، يعتبر السير النومي لدى الأطفال سليم المسار مقارنة مع مثيله لدى البالغين، لكن لا بد من نفي صرع الفص الصدغي عند حدوثه، المعالجة عادة داعمة، كالتأكيد على سلامة الطفل وأن الوالدين متفهمان للحالة على أنها مسألة وقت.

أخطاء نقع فيها:

١. بعض الآباء يوقظ ابنه من النوم لكي يلعب معه أو لأنه اشترى له لعبة، وبخاصة عندما يكون الأب مشغولاً طول اليوم وليس عنده إلا هذه الفرصة، فإن هذا خطأ، لأنك قطعت على ابنك النوم الهادئ ومن الصعب أن ينام مرة أخرى بارتياح.

٢. بعض الآباء ينتهج أسلوب التخويف وبثّ الرعب في نفس الطفل لكي ينام، وهذا أكبر خطأ يقع فيه الآباء.

٣. إن تأخر النوم بالنسبة للطفل يحدث عنده توترات عصبية وبخاصة عندما يستيقظ للمدرسة ولم يأخذ كفايته من النوم، مما قد يؤدي إلى عدم التركيز في الفصل أو النوم فيه.

٤. إن بعض الأسر تحدد مواعيد ثابتة لا تتغير مهما تكن الأسباب؛ فالطفل حدد له موعد الثامنة ليلاً، ولذلك يجب عليه أن يلتزم به مهما تكن الظروف، وهذا خطأ لأن الطفل لو كان يستمتع باللعب ثم أجبر على النوم فإن ذلك

اضطهاد له وعدم احترام لشخصيته وكذلك فإن الطفل ينام متوترًا مما ينعكس ذلك على نومه من الأحلام المزعجة وعدم الارتياح في النوم.

٥. بعض الأمهات قد تقص على ابنها حكايات قد تكون مخيفة، وبالتالي تنعكس آثارها السلبية على الطفل في نومه على شكل أحلام مزعجة مما يؤثر في استقرار الطفل في النوم.

٦. بعض الأسر قد تُرغّب ابنها بشرب السوائل من عصير أو ماء أو غيرهما وبخاصة قبل النوم مباشرة، وذلك يؤدي إلى التبول اللاإرادي الذي تشتكي منه معظم الأسر.

٧. غلق الغرفة على الطفل عند الذهاب للنوم والظلام الدامس يزرع الخوف في نفس الطفل من الظلام كما يسبب عدم الاستقرار والاضطراب في النوم.

٨. عدم تعويد الطفل منذ الصغر النوم بمفرده، حيث إن بعض الأسر تسمح للطفل أن ينام مع الوالدين أو الأم حتى سن السادسة، وهذا خطأ كبير؛ لأنه في هذه الحالة ينشأ اتكاليًّا غير مستقر.

نجد أن كثيرًا من المشكلات التي يعانيها الأطفال سواء في التبول اللاإرادي أو الخوف من الظلام أو الصراخ أثناء النوم أو النوم في المدرسة أو عدم الاستيعاب أو عدم الذهاب إلى المدرسة، كلها بسبب الاضطراب في النوم وعدم الاستقرار.

طرق الوقاية:

- تحديد روتين لموعد النوم.
- تذكير الاطفال بموعد النوم قبل عشر دقائق من الموعد.
- أن يستمع الطفل إلى قصص قبل النوم.
- الحزم من الأنماط السلوكية المهمة التي يجب أن يتحلى بها الوالدان.
- أن يحصل الطفل على المحبة من الوالدين.

طرق علاج اضطرابات النوم:

١. العلاج النفسي: عن طريق إزالة الأسباب الانفعالية والصرعات والتوتر.

٢. العلاج الطبي: علاج الأسباب الصحية كالأنيميا والغدة الدرقية وسوء التغذية، ومراعاة الشروط الصحية في غرفة النوم.

٣. العلاج البيئي: علاج الضغوط البيئة، وعدم إجبار الطفل على النوم، إلى جانب يعتبر دعم الوالدين، والتطمين والتشجيع أمورًا بالغة الحيوية لتدبير اضطرابات النوم، ومن الواجب على الوالدين تبني مواقف صارمة مفعمة بالهدوء والتفهم مع السعي لجعل وقت النوم منتظمًا وبوقت معلن، مع الإقلال ما أمكن من التغييرات في وقت النوم، وعدم تشجيع الطفل على النوم في غرفتهما مع السماح للطفل المصاب بالذعر بالنوم في غرفة أحد أشقائه بصورة مؤقتة، ومن الأمور المطمئنة استخدام نور ليلي والسماح بترك باب الغرفة مفتوحًا. ينبغي أن تكون الفترة السابقة للنوم مريحة وهادئة وخالية من البرامج التلفازية المنبهة، وتعتبر الوجبات الخفيفة والحمام الساخن، قراءة كتاب محبب لديهم لدقائق قليلة بعد الاستقرار في السرير.

ومن الأمور المهمة تجنيب الطفل المصاب بنوب الذعر الليلي لمشاهدة المشاجرات أو الحوادث العنيفة أو البرامج التليفزيونية المخيفة أو الحيوانات المخيفة قبل النوم وخلال النهار، وأما خلال نوبة الذعر الليلي فيجب على الوالدين التحلي بالصبر ومحاولة تهدئة الطفل مع الانتباه الى أنه قد لا يدرك ما يقوم به من تصرفات خلال هذه النوبة.

ومما يساعد بعض الأطفال في علاج هذه المشكلة إعطاء الطفل لعبة معينة أو شيء يحبّه أثناء نومه، وأيضًا حاولي بقدر المستطاع ألا ينام الطفل كثيرًا في الصباح أو نوم الضحى، فهذا يحرم الطفل كثيرًا من النوم في أثناء الليل بصورة جيدة، كما أن

هنالك أمورًا أخرى ربما تكون مستحسنة، وهي أن يعطى الطفل شيئًا من المشروبات المهدئة وبخاصة أنواع الشاي الخاص للطفولة في هذه السن فهي تساعد كثيرًا.

وأما إذا كان الطفل يعاني من مشكلات في التسنين فربما يكون إعطائه جرعة صغيرة من شراب البنادول للأطفال من وقت لآخر يساعده أيضًا.

دور المعلمين في مواجهة المشكلة:

- البعد عن اللوم والتهديد، ومنح الطفل المزيد من الود.
- سرد قصص هادفة وغير مخيفة.
- إشعار الطفل بالأمان والطمأنينة والبعد عن القلق.
- معاملة الاطفال معاملة تتسم بالثبات والاستقرار النفسي.
- توفير ما يشبع حب الاستطلاع عند الطفل.

أسئلة التقويم الذاتي

١. حدد تصنيفات مشكلات الأكل.

٢. ما أهم أسباب مشكلات اضطرابات الأكل؟

٣. ما أنواع اضطرابات الأكل؟

٤. ما مدى انتشار اضطراب بيكا؟ وأهم أسبابه وطرق علاجه؟

٥. ما المقصود بمتلازمة اجترار، وكيف يمكن علاجها؟

٦. ما عدد ساعات النوم التي يحتاجها الإنسان في مراحل العمر المختلفة؟

٧. ما أعراض اضطرابات النوم وأهم أسبابها؟

٨. ما أشكال اضطرابات النوم؟

٩. لخص طرق العلاج النفسي والطبي للتغلب على مشكلة اضطرابات النوم.

١٠. لخص أهم أدوار المعلم في التغلب علي مشكلة اضطرابات النوم.

الوحدة الثامنة

الاضطرابات النفسية للأطفال

الوحدة الثامنة

الاضطرابات النفسية للأطفال

أهداف الوحدة

عزيزي الدراس عندما تنتهي من دراسة هذه الوحدة، نتوقع منك أن تكون قادرًا على:

١. تحديد معايير الحكم علي الطفل المضطرب.
٢. تحديد حجم الاضطرابات النفسية للأطفال.
٣. تحديد التصنيف الإكلينيكي للاضطرابات النفسية للأطفال.
٤. تعرّف أهم المشكلات النفسية لدى الأطفال.
٥. تحديد أنواع/ وأشكال مشكلة الاكتئاب.
٦. تعرف أهم أسباب وأعراض مشكلة الاكتئاب.
٧. تحديد أشكال الوسواس القهري.
٨. تعرف أسباب الوسواس القهري، وطرق التغلب عليه.
٩. تعرف أعراض القلق العصبي.
١٠. تحديد أسباب القلق العصبي وطرق علاجه.
١١. تحديد دور الأسرة في الحد من الأمراض النفسية لدى الأطفال.
١٢. تحديد طرق الوقاية من الأمراض النفسية.

المشكـلات النفسـية للأطفـال
Children's Psychological Problems

مقدمة:

الصحة النفسية هي حالة دائمة نسبيًا، ويكون فيها الفرد متوافقًا نفسيًا (شخصيًا وانفعاليًا واجتماعيًا) مع نفسه ومع الآخرين، ويكون قادرًا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، كما يكون قادرًا على مواجهة مطالب الحياة وتكون شخصيته متكاملة وسوية وسلوكه عاديًا بحيث يعيش في سلامه وسلام.

وتنقسم الصحة النفسية لشقين: شقّ نظري علمي يتناول الشخصية والدوافع والحاجات وأسباب الأمراض النفسية وأعراضها وحيل الدفاع النفسي والتوافق وتعليم الناس الوعي النفسي وتصحيح مفاهيمهم الخاطئة. وشق عملي تطبيقي يتناول الوقاية من المرض النفسي وتشخيص الأمراض النفسية وعلاجها. كما تظهر في التناسق العام بين الوظائف النفسية، فالصحة النفسية يجب أن تكون عامة وشاملة لطاقات الإنسان، وعلينا تعرّف المشكلة وأسبابها، وإذا كانت موروثة أو مكتسبة، وتعرّف التفاعل والتناسق فيما بينها، وأيضًا تعرّف المظهر الأساسي الذي يكشف عن مستوى الصحة النفسية، وتعرّف عمل هذه الطاقات، وتعرّف وجهتها وأهدافها بسبب أن الشخصية كل موحد، فإذا طرأ على عمل هذه الطاقات ما يعطل تناسقها سيؤثر ذلك في الشخصية ككل، وكذلك تعرّف مستقبل الاضطرابات فنعالجه وهذا يظهر في الشخصية المتكاملة والشخصية المتوازنة.

وهناك الصحة النفسية كما تظهر في نقاط الاتفاق بين عدد من الدراسات التحليلية، ومنها المحافظة على شخصية متكاملة، والتوافق مع المتطلبات الاجتماعية، ونعني بها التناسق بين معايير الفرد ومعايير المجتمع والقدرة على التوافق الاجتماعي، وأيضًا التكيف مع شروط الواقع، والمحافظة على الثبات، والنمو مع العمر، أي الزيادة

التي يجب أن تزيد مع معارفه وخبراته وانفعالاته وعلاقاته الاجتماعية وقدراته والمحافظة على قدر مناسب من الحساسية الانفعالية (الاتزان الانفعالي). وكذلك المشاركة في حياة المجتمع والعمل على تطويره ضمن طاقاته وتحسين إنتاجه.

ومظاهر الصحة النفسية في التفاعل بين الفرد ومحيطه، وتشمل علاقة الفرد مع نفسه، أي فَهم الفرد لنفسه ودوافعه ورغباته وتقديره لذاته وقبوله للمحيط، وأيضًا نمو الفرد وتطوره ونظرته إلى المستقبل، من أجل تحقيق ذاته وتنميتها نموًا متكاملاً، وكذلك وحدة الشخصية وتماسكها تماسكًا ينطوي على التغيير المناسب من جهة والثابت الكافي من جهة أخرى.

والتفاعل بين الفرد ومحيطه يتضمن علاقات الفرد مع محيطه، وتشتمل على تحكم الشخص في ذاته في مواجهة الشروط المحيطة به، وقدرته على اتخاذ وتنفيذ قراراته المتصلة بمحيطه ضمن شروط وظروف المحيط، وأيضًا سيطرة الشخص على محيطه والتفاعل بين الشخص ومحيطه يتم عند إدراك الشخص للعالم كما هو ومواجهته بظروفه الطارئة مع إدراكه لنفسه، وهذا يحقق الشعور بالأمن والطمأنينة الناتج عن نجاحات الشخص في علاقاته مع نفسه ومع محيطه.

ومن هنا، فالصحة النفسية تظهر في قدرة الإنسان على التكيف مع الذات ومع المحيط ونجاحه في تحقيق نوع من التوازن بين حاجاته وقدراته وشروط المحيط بشقيه المادي والاجتماعي.

أما الاضطرابات والمشكلات النفسية للأطفال "هي حالة انفعالية مؤلمة تنشأ عن الاحباط الموصول بدافع أو أكثر من الدوافع القوية لدى الفرد"، وهي تلك الصعوبات في علاقات الفرد بغيره أو بالآخرين من حوله، أو في ادراكه للعالم من حوله، أو في اتجاهاته نحو ذاته، أو أنها المواقف والمسائل الحرجة التي تواجه الفرد فتتطلب منه حلاً، وتضعف من كفاءته وإنتاجه وتكيّفه مع نفسه ومع الآخرين.

وقد عرفها دليل تشخيص الأمراض النفسية للجمعية المصرية للطب النفسي بأنها: "مجموعة من الاضطرابات التي تحدث في مرحلة الطفولة وتتخذ شكلاً مستمرًا مقاومـًا للعلاج وتفوق تلك التفاعلات العابرة أو الموقفية التي لا تصل إلى درجة العصاب أو الذهان أو اضطرابات الشخصية".

وقد ينشأ اضطراب أو خلل الأداء النفسي لدى الطفل نتيجة مرض أو خلل في الجهاز العصبي، أو نتيجة لظروف اجتماعية بيئية سيئة، وخبرات تعلّم خاطئ، كما يدعي السلوكيون، وبالطبع فقد تكون كل العوامل السابقة متداخلة متشابكة بحيث ينشأ عنها ما يطلق عليه السلوك المضطرب أو اللا سوي لدى الطفل، وهناك عدة نماذج رئيسة تمثل معظم التوجهات النظرية التي تفسر السلوك واضطراباته.

متى نقول إن هذا الطفل لديه اضطراب نفسي؟

إذا أظهر الطفل سلوكـًا معينـًا وانخرط فيه بشكل مبالغ وترتب على ذلك السلوك إعاقة الطفل عن أداء واجباته المطلوبة منه، ومن ثم نال على ذلك عقوبات رادعة من أفراد أسرته أو من مدرسيه أو من المجتمع ككل ولم يمكنه التخلص من ذلك السلوك.. هنا نصف هذا الطفل بأن لديه مشكلة أو اضطراب نفسي معين، فالسلوك الذي يعتبر عاديًا في سن مبكر يصبح من علامات سوء التوافق إذا لازم الطفل عندما يكبر، إن أعراضـًا معينة كالتبول اللا إرادي والمخاوف النوعية أقل حدوثـًا عند كبار الأطفال على العكس من أعراض ضعف الانتباه وأحلام اليقظة.

وبالتالي نجد أن الفرق بين الطفل السوي والطفل المشكل أو المضطرب هو فرق في الدرجة وليس في نوع الاضطراب. فكثير من الأطفال يشعرون بالخوف عند رؤية شيء ما، ولكن هذا الخوف يزول تدريجيـًا بزوال سبب الخوف، ولا يعوقهم هذا الخوف عن أداء واجباتهم، أما لدى الطفل المشكل يؤدي به الخوف إلى عزلته وإعاقته عن أداء واجباته.

أولاً: معايير الحكم على الطفل المضطرب

١. عدم القدرة على ضبط الذات وتحمل المسئولية والتهرب منها كلما تقدم في العمر، كما يتميز بعدم الثقة في النفس والانسحاب من المواقف.

٢. عدم ملاءمة السلوك مع عمره ومستوى نضجه، حيث إن الطفل المشكل لديه من الأفكار والمشاعر والتصرفات التي تكون غير مناسبة وتعكس مدركاته وقد يسيء تفسير المواقف من حوله.

٣. عدم النضج الانفعالي وتظهر علاماته في عدم الاتزان وعدم تناسب انفعالاته مع الموقف وعدم استقرارها نحو الأشخاص والأحداث وموضوعات البيئة الخارجية.

٤. عدم النضج الاجتماعي، والذي يتبدى في عدم القدرة على إقامة علاقات صداقة ومودة مع أقران سنه، ولا يكون قادرًا على إقامة علاقات صحيحة مع والديه وإخوته ويتم بعواطف من الكراهية إزاء الآخرين.

٥. عدم قدرة الطفل على التغلب على مشكلاته، والاستغراق في المشكلة من دون العمل على حلها حتى يصل إلى نقطة الانهيار.

٦. إن أعراضًا انفعالية معينة تعتبر أمرًا عاديًا بالنسبة لصغار الأطفال من دون الخامسة، ولكنها تعتبر من علامات اضطراب القيم إذا ظهرت عند الأطفال الكبار.

٧. إن بعض الأعراض ترجع إلى أسباب أو مواقف صعبة تزول بزوال هذه الأسباب أو المواقف المؤقتة، وسرعان ما يعود الطفل إلى التوافق العادي.

ثانيًا: حجم الاضطرابات النفسية للأطفال

اختلف الباحثون حول تحديد نسبة المشكلات والاضطرابات التي يعاني منها الأطفال، وانقسما إلى فريقين:

- الفريق الأول: ذهب إلى أن نسبة انتشار اضطرابات الأطفال عادية جدًّا وليست مرتفعة حيث يستندون إلى أن زيادة التقدم العلمي في ميادين الصحة النفسية والاجتماعية، وخدمات الطب النفسي للأطفال ساعد على التعرف على كثير من المشكلات التي يعاني منها الأطفال والتي لم تكن معروفه من قبل، هذا بالإضافة إلي زيادة حرص الآباء على فهم طبيعة مشكلات واضطرابات الأبناء من الناحية النفسية والتعرف على أساليب مواجهتها مما قلل من حجم المشكلات النفسية التي يعاني منها الأطفال، هذا فضلاً عن تحسن وتطور وسائل وأساليب العلاجات الطبية والنفسية والسلوكية، مما حدا بالآباء إلى أرسال أبنائهم من دون خوف أو حرج إلى العيادات والمراكز المتخصصة لعلاج مشكلات الأطفال.
- الفريق الثاني: من العلماء على العكس يرون أن هناك تزايدًا ملحوظًا في نسبة انتشار اضطرابات ومشكلات الطفولة نظرًا لتعقد المدنية الحديثة وظروف الحياة المعقدة، وإلى كثرة الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الاضطرابات لدي الأطفال.

ولكن في النهاية يمكن القول: إن كلا الفريقين على حق، حيث إنه نظرًا لضغوط الحياة وصراعاتها يعاني الطفل من اضطرابات ومشكلات لم تكن موجودة من قبل (مثال ذلك: إدمان الكمبيوتر والإنترنت)، كما أن حجم هذه المشكلات يزداد يومًا بعد يوم نظرًا لأن كل ذلك يؤثر في علاقة الطفل بوالديه وبالمجتمع من حوله مما يزيد اضطرابه. وهنا تظهر الحاجة البالغة للطب النفسي للطفل والتوجيه والإرشاد

لأنه لو استطعنا تحسين علاقة الطفل بالمجتمع، واعتنينا بالرعاية النفسية السوية أثناء الطفولة لنشأ عندنا جيل خال من العصاب والذهان واضطراب الشخصية.

ولكن مع كل هذه الأهمية لتشخيص اضطرابات الطفولة، إلا أن هناك ثمة صعوبات تواجهنا عند فحص الطفل إكلينيكيًا بالطرق المعروفة خاصة بالمحادثة، حيث يقاوم أي محاولة للتعرف عليه، ويعترض على تدخل الناس في عالمه الخاص، ومن ثم يكون على الطبيب استعمال طرق أخرى غير المحادثة للوصول إلى بعض المعرفة لصراعات الطفل، ومنها مشاهدته وملاحظته أثناء تأمله واستغراقه في أنواع اللعب المختلفة. هذا بالإضافة إلى عدم نضج شخصية الطفل حيث إنه مازال في طور النمو النفسي والاجتماعي، مما يجعلنا نعتمد على تقارير الكبار في تشخيص اضطرابات الطفولة مثل تقارير الوالدين أو المدرسين أو الأصدقاء أو الأخصائي النفسي أو الاجتماعي.

ثالثاً: التصنيف التشخيصي (الإكلينيكي) للاضطرابات النفسية للأطفال

لكي يتم تشخيص اضطرابات الطفولة لا بد من وجود قائمة متفق عليها بأسماء الاضطرابات والمشكلات التي يمثل كل منها مرضاً ومن أهم التصنيفات في مجال الطب النفسي هو:

١. اضطرابات سلوكية: وهذه تتضمن عدة فئات فرعية من اضطرابات النوم، اضطرابات الطعام، اضطرابات التبول والتبرز، اضطرابات الكلام، اضطرابات الحركة، اضطرابات الجنس، والاضطرابات الاجتماعية.

٢. اضطرابات عصابية: وهي تتضمن القلق النفسي، الهستيريا، الوسواس القهري، الاكتئاب العصابي.

٣. اضطرابات ذهانية وظيفية: وتشتمل على الاضطرابات التالية:

أ) الاضطرابات الوجدانية في الطفل ومنها: الاكتئاب المصحوب بالخوف، الاكتئاب المنفرد، الاكتئاب المصحوب بالتبول الليلي اللا إرادي، الاكتئاب الهوسي.

ب) فصام الطفولة: وتشتمل على: ذهان الطفولة المتأخرة، ذهان الطفولة المتوسطة، ذهان الطفولة المبكرة.

٤. اضطرابات ذهانية عضوية: وهي تلك الأعراض الذهانية التي يستجيب بها الأطفال للأمراض الجسمية والتي تتراوح بين: هذيان حاد، وتحت الحاد، واضطرابات ذاكرة، ونوبات مرح واكتئاب واختلاط عقلي، ويصحب ذلك حساسية مفرطة، وتهيج عصبي، وأحياناً ما يحدث ذلك من ارتفاع درجة حرارة الجسم، وبالطبع تعتمد الاستجابة الذهانية على درجة الاستعداد البيولوجي.

ثم جاء الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي في تعديله الرابع الصادر عام (١٩٩٤م)، وأورد لنا المشكلات والاضطرابات التي تصيب الطفل والصبي أو المراهق في الاضطرابات التالية:

- أولاً: التخلف العقلي: ويشتمل على تختلف عقلي بسيط أو ضعيف، تخلف عقلي متوسط، تخلف عقلي شديد، تخلف عقلي بالغ الشدة أو جسيم.
- ثانيًا: اضطرابات التعلم: اضطراب القراءة والكتابة، اضطراب القدرة الحسابية، اضطراب التعبير الكتابي، واضطرابات التعلم التي لم يسبق تصنيفها في فئات أخري.
- ثالثًا: اضطراب المهارات الحركية: يشتمل على اضطراب واحد فقط وهو اضطراب التآزر النمائي.
- رابعًا: اضطرابات التواصل: تشتمل على عدة اضطرابات فرعية: اضطراب التعبير اللغوي، الاضطراب الاستقبالي المختلط اللغوي التعبيري، الاضطراب الصوتي، التأتأة أو اللجلجة، وأيضًا تتضمن اضطرابات التواصل التي لم يسبق تصنيفها في مكان آخر.
- خامسًا: الاضطرابات النمائية السائدة: وتتضمن اضطراب الذاتية أو التوحدية (الأوتيزم)، اضطراب ريت RETT، اضطراب عدم التكامل النمائي في الطفولة، اضطراب اسبرجر، بالإضافة إلى الاضطرابات النمائية غير المحددة أو النوعية.
- سادسًا: اضطرابات قصور الانتباه والسلوك التدميري: ويشتمل على قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أو فرط الحركة والنشاط، واضطراب التصرف أو الجناح، اضطراب التحدي والمعارضة الجريئة، واضطراب السلوك المزق أو المنحرف.

- سابعـًا: اضطرابات التغذية: وتتضمن فقدان الشهية، الشره العصابي، النهم للأطعمة غير المألوفة (البيكا Pica) مثل الأوراق والطين، اضطراب اجترار الطعام، واضطرابات التغذية في المهد والطفولة المبكرة غير المحددة.
- ثامنًا: اضطرابات اللزمات: ويندرج تحت هذه الفئة من الاضطرابات: اضطراب توريت Tourette، الاضطراب الحركي المزمن، اضطراب اللازمات العابرة المتكررة الحدوث دوريًّا، اضطراب اللازمات غير المحددة.
- تاسعـًا: اضطرابات الاخراج: وتشتمل علي اضطراب الاخراج اللا إرادي بالإمساك أو بتدفق الإخراج بغزارة، سلس البول أو الغائط، التبول اللا إرادي الذي لا يرجع إلى أسباب طبية عامة.
- عاشرًا: اضطرابات أخري في المهد أو الطفولة والمراهقة: ويشتمل على عدة اضطرابات مثل اضطراب قلق الانفصال والذي يصنف في الطفولة المبكرة، الصمت الاختياري أو التحولية الاختيارية، اضطراب التعلق التفاعلي في الطفولة المبكرة والمهد، اضطراب الحركة وعدم الاستقرار المصحوب بإيذاء الذات، بالإضافة لاضطرابات المهد والطفولة المبكرة أو المراهقة غير المحددة والتي لم تصنف في فئات أخري.

رابعاً: المشكلات النفسية لدي الأطفال

(١) الاكتئاب عند الأطفال

عندما نرى في أعين أطفالنا حزنًا، ويبتعدون عن رفاقهم ولا يرغبون في اللعب، أو غير متفاعلين فإننا لا ندرك أن الأطفال أيضًا قد يصابون بالاكتئاب ... وقد يحتاجون مساعدة طبية حقيقية.

ويظهر الاكتئاب على الطفل بالخذلان والكسل وفتور الهمة والشعور بالفشل وانحراف المزاج وزيادة الحساسية وسهولة جرح المشاعر والانسحاب الاجتماعي والهروب، أو العلاقات السطحية المؤقتة، مع فقدان الامل والانغمار في التشاؤم من المستقبل وفقدان الشهية والشكوى من آلام جسمية وتوهم المرض، وصعوبة التركيز ويتذبذب الطفل بين نقده القاسي لنفسه، وبين تأنيب غيره على ما ارتكبه نحوه من أخطاء، وأحيانًا عدم الرغبة في الحياة، وقد تؤدي حالة الطفل هذه إلى سرعة التأثر والبكاء واهماله لمظهره.

أشكال الاكتئاب لدى الاطفال:

١. **الاكتئاب الحاد:** وتظهر فيه تلك الاعراض بشكل مفاجئ ونتيجة حصول مشكلة معينة كفقدان شخص عزيز.
٢. **الاكتئاب المزمن:** وتظهر فيه بعض تلك الاعراض ويكون الطفل معروفًا عنه قبل تلك الأعراض التباطؤ الحركي ولا يسبق الأعراض حادثة، ويرجع لسبب في الطفل نفسه أو تكون حالة وراثية.
٣. **الاكتئاب المقنع:** ولا تظهر فيه الأعراض المعروفة للاكتئاب بل تظهر علامات أخرى مثل كثرة الحركة والعبث بالأشياء التي تظهر أمامه وتكسيرها من دون قصد وأفعال تدل على ميول عدوانية.

أنواع الاكتئاب:

١- الاكتئاب الأولي: ليس له سبب محدد.

٢- الاكتئاب الثانوي: من أسبابه:

أ) الإصابة بالأمراض الجسدية كأمراض القلب والسكر.

ب) النفاس وهذا ملاحظ بخاصة في الأسبوع الأول بعد الولادة.

جـ) الاضطرابات الموسمية وتأتي بكثرة في فصل الشتاء، وقد يأتي بخلاف ذلك أي في الصيف بصورة متكررة للمريض.

د) نتيجة استخدام بعض الأدوية خاصة المسببة للإدمان.

أعراض الاكتئاب:

المريض بالاكتئاب يجب أن تتوافر فيه خمسة أو أكثر من الأعراض التالية، وذلك لمدة أسبوعين على الأقل، وتؤثر فيه الأعراض على أمرين مهمين في حياته، وهما: عمله، وعلاقاته الاجتماعية.

ومن بين تلك الأعراض:

- المزاج المكتئب "الحزين".
- انعدام أو قلة الرغبة في الأنشطة أو الهوايات .
- فقدان شهية الأكل.
- الأرق.
- الخمول الجسدي.
- الشعور غير الطبيعي بالذنب وتأنيب الضمير.
- قلة التركيز اغلب اليوم، والنسيان.

درجات الاكتئاب:

هناك درجات وقبل ذلك ينبغي أن يعلم أنه ليس كل حزن اكتئاب، فليس كلما تضايق شخص قال: أنا عندي اكتئاب! فالاكتئاب مرض كسائر الأمراض يأتي بدرجات متفاوتة:

درجات المرض:

أ) البسيط: الذي تكون فيها الأعراض السابقة بدرجة بسيطة قد يلاحظها الآخرون.

ب) المتوسط: الذي يحتاج إلى علاج ويلاحظه من حول المريض ويؤثر في المريض من الناحية الاجتماعية والعملية.

جـ) الشديد: الذي يحتاج إلى تنويم في المستشفى ويتمنى فيه المريض الخلاص من نفسه بل ويفكر في الانتحار ويقدم عليه إذا اشتد عليه الأمر.

أسباب الاكتئاب عند الأطفال:

١- وقوع مشكلة معينة أو حادثة مؤلمة في حياة الطفل كفراق شخص عزيز لديه أو فقده شيئًا عزيزًا عليه كلعبته أو وفاة أحد والديه أو أقاربه المقربين إليه.

٢- كثرة توجيه النقد للطفل والتقليل من قيمته بخاصة أمام الغرباء.

٣- وجود الاكتئاب لدى أحد الوالدين وهو من أهم أسباب اكتئاب الأطفال وتشير النتائج إلى أن (٥٠٪) من الأطفال المكتئبين لهم آباء مكتئبون.

٤- الأمراض الجسمية المزمنة والحوادث التي تسبب الإعاقات الشديدة والتشوهات.

٥- شعور الطفل بالذنب، وانه فاسد وسيء يستحق العقاب.

٦- عدم تشجيع الطفل على التنفيس عمّا بداخله أو التعبير عن نفسه فيلجأ الطفل للصمت والخذلان، ومن ثم الاكتئاب نتيجة الشعور بالعجز عن إفهام الآخرين والتعامل مع المشكلات.

٧- أسباب جسمية مثل اختلال في الهرمونات وفقر الدم وعدم انتظام السكر في الدم.

٨- فالخلافات بين الأبوين سبب رئيس لاكتئاب الاطفال: حيث أظهرت دراسة أن الأطفال الذين يعيشون في كنف عائلات تسودها الخلافات والمشاحنات الزوجية، أو تضطرهم ظروف طلاق الأبوين للعيش بعيداً عن باقي أفراد الأسرة غالباً ما يصابون بالاكتئاب والأمراض النفسية. وجاء في الدراسة التي أعدها مكتب الإحصاءات الوطني إن خمس الأطفال الذين يعيشون مع أب أرمل أو مطلق أو منفصل عن الآخر يعانون من اضطراب نفسي، في حين أن هذه النسبة تنخفض بشكل دراماتيكي لدى الأطفال الذين يعيشون في جو عائلي يتميز بالدفء والاستقرار العائلي.

وحسب الدراسة التي نشرت في صحيفة "الغارديان" البريطانية فإن (١٣٪) من البنات اللواتي يعشن مع أحد الأبوين يعانين من الاكتئاب والاضطرابات النفسية في حين أن (٥٪) فقط يعانين من مثل هذه الحالة إذا كن يعشن مع الأبوين، مشيرة إلى أن هذه النسبة ترتفع إلى (١٤٪) عند الاطفال الذين تضطرهم ظروفهم للعيش مع أقاربهم.

علاج مشكلة الاكتئاب:

١- ترفيه الطفل وإشراكه في جماعات اللعب والرحلات وعدم تركه فريسه للأحزان .

٢- تعويد الطفل على التفاؤل والبعد عن الندم والتشاؤم وعدم التركيز على سلبيات الطفل ونقاط ضعفه .

٣- تشجيع الطفل على التعبير عن ذاته وتنفيس ما به من آلام ومناقشته في تلك الأفكار التي يراها وتسبب له هذا الاكتئاب.

٤- العلاج الدوائي فقد ثبت صلاحية هذا العلاج في حالات كثيرة في الأطفال شرط أن يحال من دون وجود نفس الظروف المحبطة والمؤلمة للطفل. ويعتمد الدواء على توفير مضادات الاكتئاب وتعمل بصورة عامة على زيادة نسبة السيروتينين (Serotonin) في الدماغ، حيث لوحظ أن أغلب مرضى الاكتئاب تنقص لديهم هذه المادة.

٥- العلاج الجماعي بحيث يشترك الإخوة والأخوات والوالدان في علاج المشكلة.

(٢) الوسواس القهري Obsessive Compulsive Disorder

هذا الاضطراب يشعر الفرد برغبة قوية للسيطرة على المحيط الخارجي الذي حوله، ووجود أفكار مكررة، لا يرغب فيها الشخص، وتأتي على الرغم منه، حتى بعد محاولته إبعادها والتخلص منها، ولا يستطيع الفرد الامتناع عنها نظرًا لأن هذه الأفعال تخفف قلقه. هذا القلق يخف لفترة محدودة ثم يعود مرة أخرى مما يستدعي المريض بالوسواس القهري.

وهو عبارة عن اضطراب في الأفكار أو الأفعال ويستغرق وقتًا طويلاً من المريض وقد يعيق المريض عن أداء واجباته ومسئولياته، ويظهر على شكلين:

١. وسواس الأفكار Obsession Thoughts

وهو عبارة عن أفكار ملحة ومستمرة أو شعور أو صورة غير سارة يعرف المريض بسخافتها ولا يستطيع كبتها. وعادة ما تكون الأفكار حول الدين والطهارة أو الجنس أو المرض. كالتفكير في الإصابة بمرض ما كالإيدز مثلاً أو مرض في القلب، وكثيرًا ما يتجه المرضى إلى العيادات غير النفسية للبحث عن حل لمشكلاتهم. يصحب الاكتئاب النفسي أكثر من (٥٠٪) من الحالات.

٢. وسواس الأفعال Rituals

وهو تكرار أفعال معينة كتكرار الوضوء أو تكرار الصلاة أو أجزاء منها أو غسل اليدين أو الاستحمام وقد تستغرق وقتًا طويلاً.

أعراض الوسواس القهري:

قد يكون من أعراض الوسواس القهري، والتي هي الهواجس والدوافع، وتختلف الهواجس المشتركة ما يلي:

- الخوف من القذارة أو التلوث بوساطة الجراثيم.
- الخوف من التسبب في ضرر لآخر.
- الخوف من الوقوع في خطأ.
- الخوف من الإحراج أو التصرف بطريقة غير مقبولة اجتماعيًّا.
- الحاجة، من أجل التماثل أو دقة.
- الإفراط في شك، والحاجة إلى طمأنه مستمرة.
- الاستحمام مرارًا وتكرارًا، والاستحمام أو غسل اليدين.
- رفض مصافحة أو مقابض الأبواب التي تعمل باللمس.
- فحص الأشياء مرارًا، مثل تأمين المواقد.
- العد المستمر، ذهنيًّا أو بصوت عال، أثناء أداء المهام الروتينية.
- ترتيب الأشياء باستمرار بطريقة معينة.
- تناول الأطعمة في ترتيب معين.

انتشار الوسواس القهري:

قبل عدة عقود كان هناك اعتقاد سائد بين الأطباء النفسانيين أن اضطراب الوسواس القهري مرض نادر الحدوث، وأن نسبة الإصابة به لا تتجاوز (١٪)، يبدأ الاضطراب بالوسواس القهري عادة في مرحلة المراهقة وبداية الشباب، وغالبًا ما بين

العشرين والخامسة والعشرين، وهناك حوالي(١٠٪) يبدأ الاضطراب عندهم قبل سنّ العاشرة، وهذا يفسر إصابة الأطفال بالوسواس القهري والتي قد تزول عند البلوغ.

أسباب الوسواس القهري:

على الرغم من أنه ليس السبب الدقيق للوسواس القهري مفهومة تماماً، وقد أظهرت الدراسات التي يمكن أن تشترك مجموعة من العوامل:

١- العوامل البيولوجية: والتي وجد بعض العلماء بأن اضطراب الوسواس القهري ينشأ بعد الإصابة في بعض الأجزاء في المخ بخاصة بعد حوادث المرور أو الحوادث التي يتعرض فيها الدماغ مما يؤدي إلى الإصابة بصدمات قوية تؤدي إلى تغيير طبيعة المخ الكيمائية. فالدماغ هو بنية معقدة للغاية، فهي تحتوي على بلايين الخلايا العصبية التي يجب أن تتواصل وأن تعمل معًا. والخلايا العصبية تتواصل عن طريق الإشارات الكهربائية. والمواد الكيميائية الخاصة وتسمى "الناقلات العصبية"، تساعد على تحريك هذه الرسائل الكهربائية من الخلايا العصبية إلى الخلايا العصبية. وقد وجدت الأبحاث وجود صلة بين المستويات المنخفضة وتطور الوسواس القهري. وبالإضافة إلى ذلك، هناك أدلة على أنه قد يتم تمريرها خلل في مادة السيروتونين من الآباء إلى الأبناء. هذا يعني أنه يجوز وراثة الميل إلى تطوير الوسواس القهري.

٢- وبالإضافة إلى ذلك، نجد أن إصابة بعض المراكز بالمخ قد تؤدي الى الوسواس القهري. وقد وجدت الدراسات أيضًا وجود صلة بين نوع معين من العدوى الناجمة عن البكتيريا، قد يؤدي إلى تطوير الوسواس القهري واضطرابات أخرى في الأطفال.

٣- العوامل البيئية: هناك الضغوطات البيئية التي يمكن أن تؤدي إلى الوسواس القهري في الناس مع وجود اتجاه نحو تطوير الحالة. وهناك عوامل بيئية

معينة أيضاً قد تسبب تفاقم الأعراض. وتشمل هذه العوامل: سوء المعاملة، وتغييرات في الوضع المعيشي.

٤- أسباب وراثية: لمنْ لهم أقارب يعانون من الوسواس القهري، وكذلك فإن نسبة الإصابة بين التوائم المتشابهة تصل إلى (٨٧٪)، بينما في التوائم غير المتشابهة تصل نسبة الإصابة إلى(٤٧٪) وهذا يدل على دور الوراثة في الإصابة بهذا الاضطراب.

طرق علاج الوسواس القهري:

ينقسم العلاج إلى: علاج دوائي، علاج دوائي، والعلاج النفسي: يعتبر العلاج النفسي ذا فائدة كبيرة في التغلب واستمرارية التحسن حتى بعد توقف العلاج ويعتبر العلاج السلوكي المعرفي أهم أنواع العلاج النفسي الخاصة بالوسواس القهري.

ومع العلاجات الدوائية والنفسية فإن نسبة التحسن بين مرضى الوسواس القهري أصبحت جيدة، حيث يتحسن المريض بشكل جيد ما نسبته(٧٠٪ الى ٨٠٪) ، ويجب على المرضى أن يكونوا صبورين وكذلك على العائلة والأصدقاء أن يقفوا بجانب المرضى بهذا الاضطراب؛ لأن العلاج والشفاء منه أمر في متناول المريض إذا أحسن استخدام وسائل العلاج المتاحة.

(٣) مشكلة القلق العصبي

يمثل القلق النفسي المرتبة الأولى في الانتشار بين الأمراض النفسية، وهناك فرق بين القلق الطبيعي المرغوب كالقلق مثلاً أيام الامتحانات وبين القلق المرضي الذي يحتاج إلى تدخل الأطباء.

أعراض القلق العصبي:

١- الشعور بالعصبية أو التحفز والخوف وعدم الإحساس بالراحة.

٢- الأعـراض الفسـيولوجية الجسـمية كخفقـان القلـب أو رعشـة اليـدين أو آلام الصدر وبـرودة الأطـراف واضـطرابات المعـدة وغير ذلـك. والقلـق النفسـي أيضًـا يؤثـر في التفكير والتركيز؛ مما يكون لـه مـردود سـلبي علـى التحصيل الدراسـي أو العملي.

مدى انتشار القلق النفسي المرضي:

كل شـخص بـين أربعـة أشـخاص يعـاني مـن القلـق النفسـي خـلال فـترة حياتـه، وحوالي (١٧,٧٪) في أي وقت في السـنة يعـانون مـن القلـق، وتزيـد نسـبة القلـق النفسـي في المجتمعات البسيطة والفقيرة.

أسباب القلق العصبي:

١- أسباب ناتجة عن الأفكار المكبوتة والنزعات والغرائز مما يؤدي إلى القلق وهي ما يسمى بـ"العوامل الديناميكية".

٢- العوامل السـلوكية باعتبـاره سلوكًـا مكتسبًـا مبنيًّـا علـى مـا يعـرف بـالتجـاوب الشـرطي.

٣- عوامـل حيويـة بإثـارة الجهـاز العصـبي الـذاتي ممـا يـؤدي إلى ظهـور زمـرة مـن الأعراض الجسمية؛ وذلـك بتأثير مـادة الابنفـرين علـى الأجهـزة المختلفـة، وقـد وجـدت ثلاثـة نواقـل في الجهـاز العصـبي تلعـب دورًا مهمـًا في القلـق العصـبي هـي النورابنفرين (Norepinephrine) والسيروتونين (Serotonin) والقابا (GABA).

٤- العوامـل الوراثيــة: أثبتـت الدراسـات وجـود عوامـل وراثيـة واضـحة في القلـق النفسي لا سيما في مرض الفزع Panic Disorder.

وعنـدما نتحـدث عـن القلـق النفسـي فإننـا نتحـدث عـن مجموعـة مـن الأمـراض التي تنـدرج تحـت هـذا المسـمى وكـل مـرض يتميـز ببعـض الخصـائص المميـزة لـه، مـن هـذه الأمراض:

١. **الفـزع Panic Disorder** : الفـزع عبـارة عـن نوبـات مـن الخـوف والقلـق الشـديد المصحوب بـأعراض جسـمية والـتي تحـدث فجـأة وتصـل ذروتهـا في خـلال عشـرة دقائق، ومن هذه الأعراض: خفقان القلب، والعرق، والرعشة، وصعوبة التنفس، والإحسـاس بالاختنـاق ،وألم الصـدر ، والغثيـان، واضطراب الهضم، والإحسـاس بالدوخـة، والصـداع، والخـوف مـن المـوت؛ حيث يعتقـد المريض أن تلـك النوبـة ليست إلا أعراض الموت. وكثيرًا مـا يكون مصاحبًـا لأمـراض أخرى كأمراض القلـب أو أمـراض الجهـاز العصـبي، وعلـى الـرغم مـن أنهـا تعـرف بمفاجأتهـا للمـريض إلا أنهـا قـد تحـدث عقـب إثـارة شـديدة أو مجهـود عضـلي أو جنسـي أو مصحوبة بشرب كميات من القهوة أو الخمر.

٢. **الخـوف الاجتمـاعي Social Phobia**: وهـو الخـوف الشـديد والمسـتمر في المواقـف الاجتماعيـة الـتي لا تـثير الخجـل لـدى الآخـرين ويحـدث للمـريض الارتبـاك والشعور بالإحراج من تلك المواقف التي تحدث أمام الآخرين أو مقابلة شخص ذي مسئوليات أعلى أو الأكل والشرب أمام الآخرين أو عند إمامة الصلاة أو إلقاء درس، ويتركز الخوف في الشعور بمراقبة الآخرين، وتصل نسبة احتمال الإصـابة بـالخوف الاجتمـاعي إلى (١٣٪) مـن النـاس ويـؤدي هـذا الخـوف إلى تعـريض علاقـات المريض الاجتماعيـة والعمليـة إلى التـأثر والتـدهور. ويصـحب الخـوف أعـراض جسـمية كالخفقـان وسـرعة التـنفس وجفـاف الفـم ورعشـة الأطراف .

٣. **القلـق النفسـي العـام Generalized anxiety disorder**: يعـرف علـى أنـه التوتـــر وانشغال البال لأحداث عديدة لأغلب اليوم ولمدة لا تقل عن ستة أشهر، ويكون مصحوبًـا بـأعراض جسـمية كـآلام العضـلات والشـعور بعـدم الطمأنينـة وعـدم الاســتقرار وبضــعف التركيــز واضــطراب الــدم والشــعور بالإعيــاء؛ وهــذه

الأحاسيس كثيرًا ما تؤثر في حياة المريض الأسرية والاجتماعية والعملية وغالبًا ما يصيب الأعمار الأولى من الشباب، ولكنه يحدث لجميع الأعمار.

قال باحثون بريطانيون استنادًا إلى دراسة أجروها أن الأشخاص المصابين بالقلق العصابي هم أكثر احتمالاً للوفاة من أمراض تتصل بالأوعية الدموية للقلب، بينما توفر الانبساطية (المرونة والانفتاح الاجتماعي) للأشخاص وقاية من الوفاة بأمراض تنفسية. وتشير بيفرلي شيبلي من جامعة ادنبرا في اسكتلندا وزملاء لها في دورية "الطب النفسي الجسدي" الى أن القلق العصابي - وهو ميل للقلق وتقلبات الانفعالات العاطفية- يرتبط بالقلق والاكتئاب الذي يمكن أن يساعد في تفسير هذه الصلة باضطراب القلب.

خامساً: دور الأسرة في الحد من الأمراض النفسية

الفرد منذ طفولته تتمايز مع نموه انفعالات مختلفة لديه، إذ يكتسب سلوكه أساليب معينة من المجتمع الذي يحيط به، فهو يتعلم ضبط الانفعالات، ويصل إلى الاستقلال الانفعالي، ويهيئ الجو النفسي الصحي المناسب للحياة السعيدة؛ ويحقق الصحة النفسية بكافة الوسائل.

والطفل في علاقاته مع مجتمعه يجد نفسه أمام وسائل عديدة منها علاقته مع الأفراد الآخرين في المجتمع، وعليه أن يشترك في كثير من أوجه السلوك، وعلينا أن نعلم أن السلوك مكتسب ومتعلم من المجتمع الذي يعيش فيه الطفل وليس وراثياً وسلوك الطفل أيضاً مرتبط بمثيرات ومواقف من مجتمعه، وكذلك للسلوك خصائص انفعالية نفسية.

ومنذ الطفولة وصاعداً يتأثر الأطفال تماماً باتجاهات والديهم العاطفية، فينمون وينجحون في منزل يعيش فيه الأبوان سعيدين لا يعكر صفوهما عسر مالي أو غيره من المنغصات، حيث يأخذ كل طفل نصيبه كاملاً من حبِّ أهله واهتمامهم من دون إفساد، وعلى النقيض لا يأمنون على أنفسهم متى شعروا بخلاف بين الأب والأم أو عندما يكتشفون أن إخوانهم وأخواتهم الكبار قلقون على مستقبلهم، وكذلك عندما يشعرون بأن أهليهم غير مهتمين بهم أو مشفقون جداً عليهم، فإن إحساس الطفل الداخلي بحقيقة موقف الأسرة العاطفي يجعل تظاهر الكبار بعكس ذلك عديم الجدوى مهما بذلوا من جهود لإخفائه عنه.

هنالك وظائف مكتسبة من المجتمع، يحدد المجتمع طريق السلوك ويفسره وينظم العمليات الانفعالية للطفل حول بعض النواحي الموجودة فيه، وكذلك ينعكس المجتمع في سلوك الفرد وفي أقواله وانفعاله وتفاعله مع الآخرين، وييسر للطفل القدرة على اتخاذ القرارات في المواقف النفسية المتعددة في شيء من الاتساق والتوحد.

فالأُسرة من أهم عوامل التنشئة الاجتماعية النفسية للطفل، والأسرة هي الممثلة الأولى للثقافة وأقوى الجماعات تأثيرًا في سلوك الطفل، وللأسرة وظيفة اجتماعية بالغة الأهمية، فهي المدرسة الاجتماعية الأولى للطفل، وهي تقوم بتكوين شخصية الطفل وتوجيهه للسلوك الصحيح.

وأشار العالم وولر Welar في كتابه، أن الأسرة وحدة متفاعلة، وأنها نسق مغلق من التفاعل الاجتماعي، وتتبلور الأسرة بخصائص عديدة، في عملية التنشئة الاجتماعية، مثل: إن الأسرة هي الوحدة الاجتماعية الأولى التي ينشأ فيها الطفل، وهي المسؤولة عن تنشئته، وهي تعتبر الأنموذج الأمثل للجماعة الأولية التي يتفاعل الطفل مع جميع أعضائها. وللوالدين الدور الكبير على الطفل حيث يؤثران في تكييف الطفل ونموه النفسي والاجتماعي السائد في الأسرة المتكونة من الوالدين والإخوة والأخوات، إذ ليست الأجواء المنزلية من نمط واحد، فهي تختلف من أسرة إلى أخرى، فبعض البيوت تبدو أنها أماكن طبيعية لرعاية الأطفال نفسيًّا بينما تبدو الأخرى على العكس.

ويتحدد دور الأسرة في عملية التنشئة الصحيحة:

إن الأسرة تؤثر في النمو النفسي السوي وغير السوي للطفل، وتؤثر في شخصيته وظيفيًّا وديناميكا فهي تؤثر في نموه العقلي والانفعالي والاجتماعي، حيث:

١- تعتبر الأسرة المضطربة بيئة نفسية سيئة للنمو فهي تكون بمثابة مرتع خصب للانحرافات السلوكية والاضطرابات النفسية الاجتماعية والجنوح.

٢- الأسرة السعيدة تعتبر بيئة نفسية لنمو الطفل وتؤدي إلى سعادته.

على الوالدين بناء العلاقات المنسجمة بين الإخوة، وعدم تفضيل أحدهما على الآخر حتى لا يتولد لديهم التنافس والغيرة. وكذلك إشباع الحاجات النفسية بخاصة الحاجة إلى الإنتاج والأمن والحب، وعليهم تنمية القدرات عن طريق اللعب

والخبرات البناءة والممارسة الموجهة واحترام الآخرين وتعليم التوافق الشخصي وتكوين الاتجاهات السليمة بالتغذية والكلام والنوم.

الوقاية من المشكلات النفسية للطفل:

مفتاح الصحة النفسية هو أن ينمو الطفل نموًا سليمًا، وينشأ تنشئة نفسية سوية وأن يتوافق شخصيًّا واجتماعيًّا، ولتحقيق ذلك، فإن على الأسرة اتباع الإجراءات الوقائية النفسية الآتية:

١. التوجيه السليم والمساندة والأسوة الحسنة أمام الطفل.
٢. سيادة جو مشبع بالحب يشعر فيه الطفل بأنه مرغوب فيه ومحترم.
٣. إمداد الوالدين بالمعلومات الكافية عن النمو النفسي للأطفال.
٤. ضمان وجود التعاون الكامل بين الأسرة والمدرسة في رعاية النمو النفسي للطفل.
٥. ضمان وجود علاقة متينة مع الوالدين.
٦. الحرية التي تتناسب مع درجة النضج.
٧. العمل على تحقيق أكبر درجة من النمو والتوافق في مراحله.
٨. المرونة في عملية الرضاعة والفطام والتدريب على الإخراج.
٩. الاهتمام بنمو الشخصية بمظاهرها كافة: الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية.

–

–

أسئلة التقويم الذاتي

١. كيف نحدد أن الطفل لديه اضطرابات نفسية؟
٢. ما معايير الحكم على الطفل المضطرب؟
٣. ما حجم الاضطرابات النفسية للأطفال؟
٤. ما التصنيف الإكلينيكي للاضطرابات النفسية للأطفال؟
٥. ما أهم المشكلات النفسية لدى الأطفال؟
٦. ما أنواع/ وأشكال مشكلة الاكتئاب؟
٧. ما أهم أسباب وأعراض مشكلة الاكتئاب؟
٨. حدد أشكال الوسواس القهري؟
٩. ما أهم أسباب الوسواس القهري، وطرق التغلب عليه؟
١٠. ما أعراض القلق العصبي؟
١١. ما أسباب القلق العصبي وطرق علاجه؟
١٢. حدد دور الأسرة في الحد من الأمراض النفسية لدى الأطفال؟
١٣. حدد طرق الوقاية من الأمراض النفسية؟

الوحدة التاسعة

طرق علاج المشكلات السلوكية والنفسية للأطفال

الوحدة التاسعة

طرق علاج المشكلات السلوكية والنفسية للأطفال

أهداف الوحدة

عزيزي الدراس عندما تنتهي من دراسة هذه الوحدة، نتوقع منك أن تكون قادرًا على:

١- تعرّف أهمية العلاج باللعب.

٢- أهمية استخدام اللعب في التربية والإرشاد النفسي.

٣- تحديد سمات لعب الأطفال العاديين.

٤- تعرّف أنماط اللعب غير السوي.

٥- تعرّف مراحل العلاج باللعب كما حددها موستاكس.

٦- تعرّف أهداف العلاج باللعب.

٧- كيفية استخدام العلاج السلوكي لحلِّ المشكلات السلوكية.

٨- تعرّف كيف يكون العقاب فاعلاً.

٩- تعرّف أهمية العلاج بالدراما.

١٠- تعرّف أهمية العلاج بالموسيقى.

١١- تعرّف أهمية العلاج بالفن.

١٢- تعرّف أهمية العلاج التربوي.

طرق علاج المشكلات السلوكية والنفسية للأطفال

مقدمة:

اللعب له أهمية كبيرة في حياة الطفل حيث إنه وسيلة لِفَهم ودراسة الطفل وسلوكه ودراسة مشكلاته وعلاجها. حيث ينمي اللعب جوانب عديدة من حياة الطفل من الناحية النفسية والاجتماعية والانفعالية، وقد استخدمت طريقة العلاج باللعب أو اللعب العلاجي طريقة فاعلة للعلاج النفسي بالنسبة للأطفال الذين يعانون من بعض المخاوف والتوترات النفسية.

فقد يتعرض الطفل في حياته إلى مخاوف كثيرة ويندفع إلى مواقف باعثة على التوتر والصراع بسبب الأساليب المختلفة في التنشئة من قبل الوالدين المربّين، فقد يفرط الآباء في القسوة والتدليل في تعاملهم مع الأبناء وغيرها من العوامل التي تؤدي إلى الشعور بالتوتر والإحباط، ومن الطرق الفاعلة في العلاج النفسي في هذا المجال ما يعرف باللعب العلاجي؛ فاللعب يساعد الطفل في التعبير عن انفعالاته، كما يستخدم اللعب الخيالي كمخرج للقلق والتوتر والكثير من الحاجات والرغبات التي لا يتحقق لها الإشباع في الحياة اليومية للطفل والتي يمكن أن تلقى إشباعًا في اللعب.

وبالتالي تقل الإحباطات التي يحذرها الطفل في المواقف المختلفة، إن الطفل أثناء قيامه بنشاط اللعب وتوحده مع أدواره يقوم بتفريغ رغباته المكبوتة ونزعاته العدوانية ومخاوفه واتجاهاته السلبية وإخراجها من داخله إلى اللعب.

أولاً: العلاج باللعب Play Therapy

يعرف دليل الموسوعة المختصرة في علم النفس وطب نفس الأطفال الخاصة بالأطفال المعاقين وبطئي التعلّم العلاج باللعب بأنه: "إحدى طرق العلاج حيث يشجع الطفل على اللعب الحر أي اللعب التلقائي ليعبر فيه عن صراعاته المكبوتة بوساطة الإسقاط وبصورة أكثر ملائمة.

أهمية اللعب:

للعب أهمية كبيرة في العديد من المنافع العلاجية إذ يؤدي اللعب إلى التخلص من الطاقة والتوترات الجسمية، وله أهمية من الناحية التربوية حيث يحصل الطفل على كثير من المعلومات بوساطة اللعب، ومن الناحية الإبداعية، وذلك بتوفير الفرصة لتطبيق الفكر الممزوج بالخيال في ابتكار الأشياء وكذلك من الناحية الاستبصارية التي تعرف الطفل على ذاته وقدراته ومقارنتها بالأطفال الآخرين، إضافة إلى الأهمية الاجتماعية التي تعلّم الطفل كيفية إقامة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين وحل المشكلات التي تبرز عنها، والأهمية الخلقية التي تعلّم الطفل معايير الصواب والخطأ.

ومن الناحية العلاجية حيث للعب أثر في النمو الجسمي والعقلي والانفعالي، فالركض والسباحة وركوب الدراجة وتسلق السلالم والسباق وغير ذلك من الألعاب الرياضية المنظمة والنشاطات تعمل جميعها على تصريف الطاقة الزائدة لدى الطفل، وبالتالي زيادة قوته العضلية ونموه البدني، وتعمل هذه النشاطات على إيجاد نوع من التوافق الحركي لدى الطفل وتزداد عضلاته الدقيقة يوماً بعد يوم بالنضج والمهارة في استعمال الأشياء.

وهنالك عدة نظريات في علم النفس التربوي تفسر ظاهرة اللعب لدى الأطفال منها نظرية الطاقة الزائدة؛ وتعني أن لدى الطفل طاقة تتراكم في مراكز

الأعصاب السليمة النشطة لابد من تصريفها، واللعب هو الوسيلة الممتازة لاستنفاد تلك الطاقة الزائدة، ونظرية الغريزة التي تشير إلى أن لدى البشر اتجاهًا غريزيًّا نحو النشاط، ولى ذلك فاللعب ظاهرة طبيعية لنمو الطفل وتطوره بلا تخطيط أو هدف، بل إن اللعب يعدُّ جزءًا من التكوين العام للطفل، وهناك نظريات الترويح والاستجمام ونظريات الميراث والاتصال الاجتماعي ونظرية التعبير الذاتي التي تؤمن أن للطفل الذي يعاني من مشكلة يمكن اكتشافه من طريقة لعبه، وهناك نظرية التفوق والشهرة والتي تشير إلى أن الأطفال يمارسون اللعب لإشباع حاجاتهم في حبِّ الظهور.

ويرى (فرويد) أن الأطفال يستخدمون اللعب كوسيلة للتخفيف عن توتراتهم وقلقهم والحصول على المتعة، إن كل لعب يقوم به الطفل لتنمية جسمه وعقله، هو في الوقت نفسه يعمل على نمو عواطفه وتطوير انفعالاته.

إن اللعب يمثل مدرسة للطفل فهو يتعلّم بوساطته ما لا يستطيع أحد أن يعلمه اياه، فهو يتعلم كيف يتعرف على الأشياء ويتجاوب معها، ويتعلم كيف يتعامل مع مشكلات العلاقات الانسانية وكيفية الاتصال بالناس والكفاح من أجل الوصول إلى هدف، وفي ذلك كله علاج لمشكلات سوء التكيف لكي ينمو الطفل نموًا سويًا.

أهمية العلاج باللعب:

إن الطفل أثناء قيامه بنشاط اللعب وتوحده مع أدواره يقوم بتفريغ رغباته المكبوتة ونزعاته العدوانية ومخاوفه واتجاهاته السلبية وإخراجها من داخله إلى اللعبة، ومن فوائد اللعب العلاجية ما يلي: التواصل، إعادة المعايشة، التنفيس، نبذ المخاوف، التعلّم، التفاعل الاجتماعي، حلّ المشكلات، تنمية الثقة بالنفس والنجاح.

إلى جانب:

- استخدام اللعب في علاج المخاوف المرضية.
- السماح للطفل بالتعبير عن وعيه؛ الشعور واللاشعور.

- إمكانية وصول الطفل بالمهارات إلى مستوى النضج.
- مساعدة الطفل.
- إعلاء مشاعر الذنب.
- تمثيل فرصة جدية للتعبير بحرية.

والعلاج باللعب يشمل: ألعاب العرائس والدمى المتحركة، ألعاب الرمل، الشعر، الكتابة، فن الحاسب الآلي، الرسم أو الكتابة.

استخدامات اللعب في التربية والارشاد النفسي:

١. اللعب والتفريغ الانفعالي.
٢. اللعب وتعلم مهارات الدور.
٣. التشخيص من خلال اللعب.
٤. اللعب والتعلّم.
٥. اللعب والتوجيه المهني.

وفيما يلي شرح لتلك النقاط:

١- **اللعب والتفريغ الانفعالي:** يتخلص الطفل من التوتر عن طريق اللعب، فاللعب يعتبر أداة تعبيرية تفوق اللغة والكلام، وتجعل التواصل بين الاطفال. فالطفل الذى يعاقبه الكبار يشعر بالتوتر، ولكي يتخلص من هذا التوتر يلعب دور الكبار في اللعب الإيهامي، ويضرب الدمى. كما يحتاج الطفل من التخلص من مشاعر النقص والحرمان، عن طريق اللعب، وقد أكد فرويد أن الأطفال لا يستطيعون التعبير عن مشاعرهم بالكلام، ولكن من خلال اللعب يبرز ذلك. إذ يعتبر اللعب مدخلاً لدراسة الاطفال وتحليل شخصياتهم، وتشخيص أسباب المشكلات الانفعالية التي يعانوا منها. ويعتبر وسيلة للعلاج. وقد استخدمه فرويد اللعب لعلاج الأطفال المضطربين عقليًّا.

٢- **اللعب وتعلّم مهارات الدور:** يساعد اللعب على تنشئة الطفل اجتماعيًّا واتزانه عاطفيًّا. فالطفل من خلال اللعب يتعلم الادوار المختلفة، وكيفية الالتزام بالقواعد، واحترام حقوق الآخرين، إلى جانب اكتساب مهارات العمل الجماعي. ومن خلال توجيهات الكبار يكتسب الطفل معايير السلوك الجيد. ومن خلال اللعب التمثيلي، يتعلّم الطفل أدوار الكبار، وتعتبر فرصة للتفاعل الاجتماعي.

خصائص لعب الدور عند الاطفال:

١. تكرار الأفعال التي تحدث والتي سبق أن مرَّ بها الطفل.
٢. محاكاة وتقليد أفعال الكبار وسلوكهم.
٣. استخدام النشاط اللغوي.
٤. استخدام النشاط الاجتماعي، عند تمثيل دور الاب أو الأم .. إلخ.
٥. استخدام النشاط الحركي.
٦. تفريغ المشاعر والانفعالات السلبية.

٣- **التشخيص من خلال اللعب:** عندما يتعرض الطفل إلى الكبت والإحباط أو الفشل، فإنه لا يستطيع التعبير بصورة لفظية، لكنه يلجأ إلى تفريغ غضبه من خلال اللعب. وكثيراً من اساليب الكبار الخاطئة، تبعث القلق في نفوس الأطفال. الى جانب الظروف الأسرية التي قد يمرُّ بها الطفل، يشعر الطفل من خلالها بالتوتر، فيبحث عن وسيلة تساعده على التخلص من هذا التوتر. وإذا لم يتمكن الطفل من التخلص من هذا التوتر، فإنه يؤدى به إلى العدوان والانحراف السلوكي. إذ يمكن دراسة سلوك الطفل عن طريق ملاحظته أثناء اللعب، بهدف تشخيص مشكلاته. حيث يختلف سلوك الطفل المضطرب نفسيًّا عن الطفل العادي. ويلاحظ المعالج من خلال اللعب: الحالة الانفعالية التي يكون عليها الطفل، تحديد شخصيات اللعب التي يختارها، تحديد درجة

الاضطراب التي يكون عليها الطفل. وبالتالي يمكن استخدام اللعب لدعم النمو النفسي والعقلي والاجتماعي والانفعالي.

ويمكن أن يتبع المرشد أحد الأسلوبين في الإرشاد باللعب:

١. اللعب الحر: يترك للطفل الحرية لاختيار الألعاب، ويكتفى المرشد في المرة الأولى بملاحظة الطفل، ويمكن بعد ذلك أن يشاركه اللعب.

٢. اللعب المحدد: وهو لعب موجه ومخطط له، ويختار المرشد الألعاب التي يلعب بها الطفل.

٤- اللعب والتعلم: أنشأ روسو الروضة وجعلها تقوم على اللعب. وفكرته أن اللعب نشاط تعليمي منتج. وقد أقامت منتسوري بيوت للأطفال يتعلم فيها القراءة والكتابة، ويكتسب منها العديد من المهارات. وهناك طريقة (دالتون) حيث ينتقل الطفل من معمل إلى آخر، ويكون لديه حرية في اختيار المواد التي يريد دراستها، وبالتالي نجد أن التربية الحديثة ترى إدخال اللعب ضمن برنامجها المدرسي.

فاللعب نشاط يسهم في: نمو الذاكرة، التفكير، الإدراك، التخيل، الكلام، الاتجاهات. يكتشف الكثير من الحقائق من خلال اللعب، لذلك يجب التخطيط له. إلى جانب: نمو مهارة جمع المواد، اكتساب مهارة الرسم الحر، نمو مهارة الإجابة عن الاسئلة المنظمة، والتعبير المباشر عن الأفكار، نمو القدرة على تركيز الانتباه على العمل، زيادة الحصيلة اللغوية والقدرة على التعبير.

اللعب السوي والمضطرب:

يستخدم العلاج باللعب مع الأطفال العاديين والمضطربين؛ فهو يستخدم: كبرنامج وقائي للصحة النفسية؛ ويمنح الأطفال الأسوياء علاقة حميمة وآمنه تحقق لهم التوافق والتخلص من نماذج السلوك غير المرغوب، ولكل مرحلة عمرية ألعاب خاصة، وكل مرحلة منه تقابل مرحلة من مراحل النمو.

سمات لعب الأطفال العاديين:

١. يحبّون تبادل الأحاديث.

٢. يميلون لمناقشة عالمهم بشكل مباشر، لذلك نجدهم تلقائيين.

٣. يقومون بفحص كل أدوات اللعب واستخدامها جميعًا.

٤. عندما يضايقهم شيء يخرجون مشكلاتهم في لعبهم بطريقة محسوسة.

٥. لا يلعبون العابًا عنيفة.

٦. يستخدمون الكلام الطفولي.

أنماط اللعب غير السوي:

١- العزوف عن اللعب: يرجع إلى انعدام الأمن العاطفي للطفل.

٢- اللعب العدواني: يرجع إلى شدّة الرغبة في إيذاء الآخرين، الإحباط، كمية القلق؛ وذلك بسبب وجود بعض النزعات العدوانية لدى الطفل تجاه الآخرين.

٣- اللعب النكوصي: يلجأ الفرد للنكوص في حالة التهديد والشعور بالقلق في حالة قدوم طفل جديد للأسرة. فيلجأ الطفل إلى النكوص، مثل: رمي الدمية على الأرض بطريقة عدوانية. ويشرب من زجاجة الرضاعة.

٤- اللعب الإلزامي: يمتاز هذا النوع من اللعب بـ: الدقة، ومحاولة الطفل عدم إصدار أي أصوات، وإذا رسم استخدم المسطرة والفرجار، كما أنه لا يرغب في أن تتسخ ملابسه.

٥- اللعب المشتت: الأطفال المضطربين يتميزون باللعب المشتت؛ فلا يبدأ الطفل باللعب بلعبة إلا ويتركها ويلعب بغيرها، ويظهر هذا عند الأطفال الفاقدين للأمن العاطفي، والمصابين بأمراض عقلية.

أساليب الإرشاد والعلاج باللعب:

يمنح الإرشاد باللعب: فرصة للأطفال للتعبير عن مشاعرهم وعن الآخرين.

١. اللعب الحر: يساعد الطفل على التنفيس الانفعالي.

٢. اللعب المحدد: هو لعب موجه مخطط.

٣. اللعب بطريقة العلاج السلوكي: يستخدم فيه أسلوب "تقليل الحساسية التدريجي" لتحصين الطفل من الخوف.

٤. العلاج بالملاحظة: حيث يلاحظ الطفل نماذج سلوكية جيدة يلاحظها ويحتزي بها لتغيير سلوكه.

٥. العلاج النفسي الجماعي باللعب: على عدد من المرضى تتشابه مشكلاتهم. وهذا النوع ليس بديلاً للعلاج الفردي.

الاتجاهات العلاجية:

العلاج باللعب يقوم على عدد من الاتجاهات يستطيع الأطفال من خلالها أن يشعروا بالحرية الكاملة في التعبير عن أنفسهم بصورة كافيه. ويري (موستاكس) أن اتجاهات العلاج باللعب، تشمل:

١. الثقة بالطفل: وهي تجعل الطفل ينظر لنفسه على أنه شخص مهم.

٢. تقبل الطفل.

٣. احترام الطفل: من خلال التحية والمشاركة الوجدانية.

الطريقة العلاجية:

يمكن ملاحظة:

- سلوك الطفل المشكل أثناء اللعب.
- ملاحظة تفاعله الاجتماعي.
- كيفية التعامل مع أدوات اللعب.
- اللعب الإيهامي: يمنح فرصة للمعالج لتشخيص حالة الطفل.
- اللعب بالرمل والصلصال يوضح انفعالات الطفل.
- من خلال الرسم: يمكن تعرف حاجات الطفل والمشكلات التي يعاني منها.

مراحل العملية العلاجية كما حددها موستاكس:

١. في بداية العلاج: تكون انفعالات الطفل غير واضحة، ويكون لديهم قلق واتجاهات عدائية.
٢. أثناء اللعب: يكون عداء الطفل أكثر خصوصية وأكثر مباشرة لأشخاص معينين.
٣. المستوي الثالث: يصبح الطفل أفضل، على الرغم من أن الغضب مازال عنده.
٤. المرحلة النهائية: تبدأ المشاعر الإيجابية في الظهور.

فوائد الإرشاد والعلاج باللعب:

١. يعدُّ مجالاً للتعبير عن الرغبات والصراعات مما يخفف الضغط النفسي.
٢. يساعد الطفل على الاستبصار بمشكلاته وتعرف أسبابها.
٣. ينمي الميول والثقة بالنفس وينمي الخيال.
٤. يعطي للطفل الفرصة لاختبار الواقع.
٥. يعدُّ وسيلة لتحقيق الإعلاء.
٦. يستخدم لتحقيق أغراض وقائية، من خلال تقديم الخبرة قبل حدوثها لتهيئة الطفل.
٧. إعداد الطفل للمستقبل.
٨. يستخدم في مجال التشخيص والكشف عن مشكلات الطفل.
٩. تقليل حساسية الطفل لمواقف الخوف بطريقة آمنه ومتدرجة.
١٠. يساعد المعالج على تقديم مقترحات للوالدين لزيادة فَهمهم للأطفال.

فالعلاج باللعب يعتبر اللعب وسيلة للعلاج، فاللعب هو اللغة الأولى للطفل وقد عرف بلغة الطفولة، وبذلك فإن إلمامنا بهذه اللغة الأولى للطفل، وقد عرف بلغة يكون قناة للتوصل ويبني علاقة قوية مع الطفل.

لماذا نحتاج إلى العلاج باللعب:

- يسهم في توفير بيئة آمنة يستطيع الأطفال فيها أن يعبروا عن أنفسهم .
- الأطفال لا يملكون القدرة اللغوية الكافية أو الإدراك الناضج للتعبير عن مشاعرهم بوسيلة؛ مجرد كالكلمات، فالألعاب هي كلماتهم.
- يعاني معظم الأطفال من وجودهم حول مجموعة من البالغين الذين لا يفهمونهم أو يحترمونهم الاحترام الذي يعزز ثقتهم في أنفسهم ويفجر طاقاتهم الكامنة.
- يعاني معظم الأطفال بشكل كبير من عدم التقبل أو السخرية أحيانًا والتي تؤدي بدورها إلى العديد من المشكلات النفسية والسلوكية.

أهداف العلاج باللعب، وأثره في الطفل:

- يهدف بشكل مباشر إدخال عنصر الإيجابية في لعب الطفل إلى تفريغ انفعالاته.
- ينمي تقدير الذات، فيشعر الطفل بالإيجابية وأنه شخص قادر مع تنمية شعورهم بالمحبة .
- ينمي قدراته على التعبير عن مشاعره ومخاوفه بطريقة ملائمة.
- ينمي قدراته على التعبير عن حقوقه وطلباته.
- ينمي قدراته على حل المشكلات وعلى طلب المساعدة عندما يحتاج لذلك.
- ينمي شعوره بالأمان من خلال بيئة تراعي خصائص الطفل.

اللعب العلاجي طريقة فاعلة للعلاج النفسي:

بالنسبة للأطفال الذين يعانون من بعض المخاوف والتوترات النفسية، فمن الطرق الفعالة في العلاج النفسي في هذا المجال ما يعرف "اللعب العلاجي" فاللعب يساعد الطفل في التعبير عن انفعالاته، كما يستخدم اللعب الخيالي كمخرج للقلق والتوتر والكثير من الحاجات والرغبات التي لا يتحقق لها الإشباع.

ثانيًا: العلاج السلوكي Behavior Therapy

العلاج السلوكي ينطوي على التقليل من القلق، وتعلّم أفكار بديلة، وتعلّم أن المشاعر والحالات المزاجية تغيير السلوك؛ فهو يساعد الطفل على تعرّف أفكارهم الداخلية واستبدال الأفكار السيئة مع الأفكار الإيجابية المنتجة، وتحليل السلوك التطبيقي، ويحلل ويدرس طرق مختلفة لسلوك الطفل بطريقة إيجابية. كما أنه يكافئ السلوك الإيجابي ويعاقب السلوك السلبي.

الأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية في حاجة إلى بعض أنواع من العلاج الذي يسمح لهم بالتعبير عن أنفسهم من دون عواقب. حالما يتمُّ ذلك يمكن للطفل البدء في تعلّم أسباب سلوكهم، وما نقاط الضعف وكيفية التعامل معها عند ظهورها.

والعلاج السلوكي هو إحدى طرق العلاج النفسي الذي يستعمل في كثير من الأمراض النفسية مثل الكآبة والقلق وتعكر المزاج الثنائي، وحالات نفسية أخرى، ويستند على مساعدة المريض في إدراك وتفسير طريقة تفكيره السلبية بهدف تغيرها إلى أفكار أو قناعات إيجابية أكثر واقعية، وسيعمل هذا النوع من العلاج بصورة متزامنة مع الأدوية المستعملة لعلاج الكآبة.

وأحد أهم أعراض مرض الكآبة هو التفكير السلبي ونقد الذات وعدم الإيمان بالقدرات الشخصية وعدم الأيمان باحتمالية التحسن والشعور بأن وجود الشخص أو عدمه لن يغير من الأمور شيئًا وهنا تكمن الفكرة الأساسية في هذا النوع من العلاج حيث يتمُّ بصورة تدريجية على هيئة جلسات تكون فردية أحيانًا وجماعية في أحيان أخرى بإقناع المريض أن ما يشعر به من إحباط وسوداوية ما هو إلا أعراض لمرض لا يختلف عن أي مرض آخر فعندما يصاب الشخص بأي التهاب على سبيل المثال فإن

هناك جراثيم معينة تسبب هذا الالتهاب والتي ينتج عنه أعراض مختلفة مثل الحمي، فعلى نفس المنوال توجد للأمراض النفسية أسبابًا معينة.

تبدأ بعد ذلك عملية استبدال تدريجي للمشاعر السلبية بأفكار إيجابية وواقعية، فعلى سبيل المثال استبدال فكرة "أنا لا أصلح لأي شيء" بفكرة "أنا أحسُّ بأني لا أصلح لشيء لكوني مريضًا" وستعمل أيضًا طريقة سؤال الشخص بأن يذكر مجموعة من النقاط الإيجابية عن نفسه وفي معظم الحالات لا يتمكن الشخص المصاب بالكآبة من ذكر أية نقطة إيجابية نظرًا للطبيعة التشاؤمية للمرض، فيقوم المحلل النفسي بمساعدة المريض بتكوين قائمة من النقاط الإيجابية الحقيقية الموجودة في الشخص مبتدأ بأشياء بسيطة.

وتدريجيًّا يتم تشخيص الأفكار السلبية واحدة بعد الأخرى ويتم استبدالها بأفكار واقعية وهذه المهمة ليست بالسهلة أو السريعة ويعتمد تأثيرها على العديد من العوامل بدءًا من المريض إلى الظروف الاجتماعية المحيطة به إلى تناوله للأدوية بصورة منتظمة إلى قدرات ومدى إخلاص المحلل النفسي أو الطبيب النفسي.

وقبل البدء بأي نوع من العلاج السلوكي يجب أن نراقب عن كثب الطفل والحفاظ على يوميات ما يجري، ويجب استشارة الطبيب المعالج. ويستخدم المعالج إستراتيجيات إدارة الإجهاد، والتدريب على الاسترخاء، ومهارات التعامل، ويستخدم العلاج الحديث.

ما الذي يمكن فعله لمعالجة المشكلات السلوكية عند الأطفال:

نعرف من خلال قوانين التعلّم أن السلوك الذي يتم تجاهله وعدم تقويته أو تعزيزه ينطفئ بينما السلوك الذي يحظى بالتشجيع والدعم يميل للاستمرار. وهنا ليس من الضروري أن يعزز السلوك بالثواب حتى يستمر بل إن العقاب أيضًا يقود إلى تعزيز السلوك السلبي حتى وإن كانت النتيجة بالنسبة للطفل العقاب الجسدي، فالمهم هنا

بالنسبة للطفل هو تحقيق الغاية من سلوكه بلفت نظر الراشدين إليه. فإذا كان السلوك مستغربًا ونادرًا – كأن يستخدم الطفل كلمات نابية أو أن يصرخ ويبكي من أجل تحقيق غاية معينة كالحصول على قطعة حلوى مثلاً؛ يكفي أن نتجاهل هذا التصرف، وكأننا لم نسمعه أو نلاحظه، ولا نلتفت للطفل ابدًا. وهنا سوف يدرك الطفل أن ما قام به من سلوك لا يحظى باهتمام الكبار، ولا بالاهتمام الإيجابي، أي بالرضوخ لمطالبه، ولا بالاهتمام السلبي، أي بضرب الطفل أو تأنيبه أو ما شابه. وبالتالي لن يعود الطفل إلى مثل هذا السلوك لأن سلوكه هذا لم يحقق له النتيجة التي يرغب فيها. ولكن في حال ألحق الطفل الأذى بنفسه أو بالآخرين (كالعدوانية أو السرقة أو الكذب من أجل إلحاق الأذى المتعمد بطفل آخر) فعلى الوالدين أن يتدخلا هنا ومعاقبة الطفل عن طريق الحرمان من بعض المكاسب كمنعه من النزهة أو من الحصول على مصروف لفترة طويلة□إلخ.

كيف يكون العقاب فاعلاً:

العقاب هو كل إجراء يتخذ ضد الشخص المخطئ، ومن شأنه عدم تكرار أو تقليل حدوث السلوك غير المرغوب فيه. والعقاب الناجح هو الذي يؤثر في المعاقب فينعدم الفعل غير المرغوب فيه أو على الأقل يقلل من فرص حدوثه مرة أخرى حتى ينعدم.

أنواع العقاب:

١. عقاب سلبي: هو العقاب الذي يمارس ضد الطفل، يعود الطفل بعدها لتكرار السلوك غير المرغوب فيه، كالتهديد به أو بأي شكل من أشكال العنف الذي يسبب إيذاء لنفسية الطفل مثل وصف الطفل بألفاظ غير لائقة أو مهينة.

٢. عقاب ايجابي: هو العقاب الفاعل الذي يحقق نتائج إيجابية ويساعد الطفل على تعديل سلوكه مثل: الحرمان وهو حرمان الطفل من شيء يحبّه، مثل لعبة يحبها أو الخروج للنزهة، وفي الحرمان يجب أن نراعي عدم الحرمان من الطعام، أو الرحلات التي قد ينتظرها الطفل من عام لآخر. كما أنه لا يجب أن يستغل الآباء مثل هذا النوع من العقاب للهروب من تنفيذ وعد للطفل.

كيف يكون العقاب الفاعل:

١. تقديم إنذار قبل العقاب كنوع من التذكرة له بطريقة لطيفة ولكن حازمة.

٢. يحتاج الطفل بعد كل موقف سلبي يصدر منه أن أوضح القاعدة التي قام بكسرها، ونتيجة قيامه بهذا سوف ينال العقاب الذي تم الاتفاق عليه.

٣. لابد أن يكون مرتبطًا بالخطأ، بمعنى أن نوضح للطفل أن ما فعله خطأ يستحق العقوبة.

٤. لابد أن يكون فوريًّا بعد وقوع الخطأ مباشرة، فلا يصح أن أعاقب على فعل حدث في اليوم السابق.

٥. أن يؤخذ في الاعتبار سنّ الطفل فتكون العقوبة قابلة للتطبيق بالقياس إلى عمره.

٦. أن يكون العقاب مناسبًا لحجم الخطأ.

٧. أن يكون العقاب مؤقتًا ولا يستمر لوقت طويل حتى لا يتحول لنوع من القهر.

٨. يجب ألا يكون في العقاب أي نوع من الإهانة أو المذلة او الأذى.

٩. ألا يحتوي على عبارات من شأنها التقليل من قدر الطفل وإحساسه بصغر النفس والنقص.

١٠. لا يكون العقاب أمام الناس حتى لا يجرح نفسية الطفل.

١١. لا يستخدم التخويف كنوع من العقاب.

١٢. لا يستخدم كوسيلة من الانتقام من الطفل.

١٣. عدم الربط بين العقاب وواجبات الطفل نحو نفسه وأسرته. فترتيب الطفل لغرفته أو مساعدته لباقي الأسرة ليس عقابًا لأنه واجب يجب أن يقوم به.

١٤. تجنب استخدام العقاب بصورة مستمرة.

١٥. التنوع في أساليب العقاب وعدم الثبات على طريقة واحدة حتى لا يعتادها الطفل ويصبح قادرًا على التوقع بما سوف يحدث له.

ثالثاً: العلاج بالدراما Drama therapy

يعتبر العلاج بالدراما أو كما هو متعارف عليه عالميًّا إحدى أحدث الوسائل المعتمدة أخيرًا في العالم للتخلص من المشكلات النفسية والتخفيف من حدتها لدى المصاب بها، ويأتي هذا العلاج من ضمن سلسلة علاجات مشابهة له كالعلاج بالموسيقى والرسم والرقص الذي لا يرتكز على التحدث عن المشكلة بل حول كيفية إخراجها من الأعماق عن طريق الإيماءات الفنية المتنوعة.

وعادة ما يتمُّ تطبيق هذا العلاج على جماعات تعاني من نفس المشكلة النفسية (مساجين ومدمنين ومعنفين وغيرهم.. إلخ) أو على أشخاص فرديين يعانون من مشكلة خاصة فيهم. ويسهم العلاج بالدراما أي من خلال ممارسة التمثيل في إلقاء الضوء على حقيقة المشكلة النفسية المطلوب معالجتها، وكذلك على اكتشاف النفس بوضوح وبشكل سريع، ولا ترتكز هذه التقنية الطبية المستحدثة منذ فترة على الفضفضة والكلام، بل على لعب دور المتسبب في وقوعها.

ويعرف العلاج الدراما من قبل الرابطة الوطنية للعلاج بالدراما بأنها "الاستخدام المنهجي والمتعمد للدراما مسرح العمليات والمنتجات، والجمعيات لتحقيق الأهداف العلاجية لتخفيف الأعراض، والاندماج العاطفي والجسدي ونمو الشخصية". فالعلاج بالدراما هو نهج الأنشطة التي تساعد العميل لكي يروي قصته من أولها من أجل حل مشكلة، وتحقيق التنفيس، وتمديد عمق واتساع التجربة الداخلية، وفَهم معنى الصور، وتعزيز القدرة على مراقبة الأدوار الشخصية، وفي الوقت نفسه زيادة المرونة بين الأدوار.

ويهدف العلاج بالدراما إلى مساعدة الأفراد الذين لديهم مشكلة، كأحد التطبيقات العملية، من أجل إثراء حياة الأفراد المعرضين للخطر، لمنع تكرار حدوث المشكلة لديهم.

يري فيليب زيمباردو أن "الدراما، وعلم النفس، وحصة العلاج يهدفون إلى محاولة العثور على ما هو أساسي حول طبيعة الإنسان، ومحاولة استخدام هذه المعرفة لتحسين نوعية الحياة الفردية والجماعية، كما يعامل العلاج النفسي الأشخاص الذين لديهم صعوبات مع العواطف، وأفكارهم وسلوكهم، والعلاج بالدراما يستخدم عمليات مسرحية (الألعاب، والارتجال، ولعب دور القص) والمنتجات (الدمى، الأقنعة، ويلعب / الأداء) لمساعدة الناس على فَهم الأفكار والمشاعر أفضل أو لتحسين سلوكه.

يتم تدريب المعالج الدراما في أربعة مجالات عامة: الدراما / المسرح، وعلم النفس بعامة، والعلاج النفسي، والعلاج بالدراما. كل من هذه الفئات، حيث يتعلم المرء من خلال العمل، وممارسة المهارات وصقلها. في نهاية المطاف، فإن المعالج بالدراما قادر على تسهيل تجربة العميل بالطريقة التي تحافظ عليه عاطفيًّا وجسديًّا.

ثالثًا: العلاج بالموسيقى Music Therapy

للعلاج بالموسيقى فوائد عدة كما أنه يصلح لعلاج العديد من الفئات كالأطفال والمراهقين وكبار السنّ من الذين يعانون من مشكلات نفسية أو عقلية، أو حتى من بعض الإعاقات في النمو أو التعلّم، كما ثبت أنه يفيد في علاج مرض الزهايمر Alzheimer ، كما ثبت نجاحها في التغلب على العديد من الرواسب النفسية الناتجة عن تعرض شخص ما للعدوان بشكل أو بآخر، وفي حالات إصابات المخ، والإعاقات الجسدية، والآلام الحادة والمزمنة بما في ذلك آلام الولادة، ومشكلات الكلام والتخاطب والتواصل، وفي حالات القلق والسلوك العدواني، وغياب التركيز الذهني.

العلاج بالموسيقى كأحد أساليب علاج مشكلات الأطفال السلوكية والنفسية، والذي تستخدم فيه الموسيقى كنوع من العلاج، مما يساعد علي إعادة التأهيل النفسي، وتعزيز قدرات الفرد، وتقديم الدعم العاطفي لصاحب المشكلة وأسرته، وزيادة الدافع علي تقبل العلاج، وتوفير متنفس للتعبير عن المشاعر، لأولئك الذين يجدون صعوبة في التعبير عن أنفسهم في الكلمات.

ويساعد العلاج بالموسيقى على تحسين صورة الذات والوعي بالجسد، بما ينعكس ايجابيًّا في زيادة مهارات التواصل، وزيادة القدرة على استخدام الطاقة بشكل هادف، والإقلال من السلوكيات غير التكيفية للأفراد، وزيادة التفاعل مع الآخرين، وتحسين المهارات الحركية، وتحسين الاستقبال السمعي، والتحفيز على التعبير والضبط الوجداني، وزيادة القدرة على الاستقلالية والتوجيه الذاتي، وأخيرًا تحسين القدرة على الإبداع والتخيل.

ولقد تبين أن الموسيقى تحقق ضبط الإيقاع بين التنفس وسرعة النبض بمعدل (٤،١) مما يفيد في علاج الربو والشرايين التاجية وارتفاع ضغط الدم والصداع النصفي

الشديد. وفي المجال العضوي يمكن استخدامها في علاج القصور الحركي لدى المعاقين باستخدامها مختارات موسيقية معينة مما يزيد أو ينقص النشاط العضلي حسب الأنغام المستخدمة، فالعزف على الهارمونيكا مثلاً (يفيد التنفس والبلع)، والعزف على الطبلة يطلق الضغط العاطفي بدلاً من كبته أو ظهوره في صورة أفعال عدائية.

واكتشف "كرامكوف" أن الموسيقى والأصوات الإيقاعية يمكنها تحسين قوة إبصار بدرجة تصل إلى ٢٥٪ بل إن بعض الأصوات الصادرة من الساعة مثلاً لها تأثيرها في الإبصار. ولقد أكدت التجارب أن الموسيقى لها تأثيرها في الشلل الرعاشي؛ فالموسيقى الهادئة تعمل على تهدئته والمارشات العسكرية تزيد من سرعة الرعشات والتي قد تصل الى مئة رعشة في الدقيقة، وأيضًا استخدمت الموسيقى في تنشيط الهضم لدرجة ان فولتير قال ذات مرة ان الهدف من الذهاب إلى الأوبرا هو مساعدة عملية الهضم.

ولم تتوقف استخدامات الموسيقى عند هذا الحال بل استخدمت أيضًا في علاج أمراض ضغط الدم؛ فالاستماع الى الموسيقى الهادئة لمدة ساعة مثلاً يؤدي إلى علاج مرض الضغط العالي لأنها تعمل على خفض ضغط الدم الشرياني الانقباضي الانبساطي، ويعادل انخفاض الضغط نتيجة تعاطي الأدوية والعقاقير. ولذلك فهناك أهمية لتنمية الحس الموسيقي لدى الأطفال في البيت وفي المدرسة، وإنشاء مركز بحثي للعلاج بالموسيقى، والسماح للصيدليات ببيع أشرطة الكاسيت الموسيقية التي تسهم في علاج الأمراض وإعادة التوازن.

رابعاً: العلاج بالفن Art Therapy

العلاج بالفن شكل من أشكال العلاج التعبيري الذي يستخدم في العملية الإبداعية من صناعة الفن لتحسين الشخص البدنية والعقلية، والعاطفية والعملية الإبداعية، والمشاركة في التعبير عن الذات يمكن أن تساعد فنياً الناس على حلِّ القضايا وكذلك تطوير وإدارة السلوكيات ومشاعرهم، والحد من التوتر، وتحسين الثقة بالنفس والوعي. ويمكن لأي شخص استخدامه، لأنه لا يحتاج إلى أن تكون موهوباً أو فناناً، وهناك مهنيون الذين يعملون في هذا المجال.

ويسمى العلاج بالفن أحياناً الفنون الإبداعية العلاجية أو التعبيرية، والتي تشجع الناس على التعبير عن العواطف. وهو شكل من أشكال العلاج التعبيري الذي يستخدم المواد الفنية، مثل الطباشير، والدهانات والعلامات. والعلاج عن طريق الفن يجمع بين نظريات العلاج النفسي والتقنيات التقليدية مع فَهم الجوانب النفسية للعملية الإبداعية، خصوصاً الخصائص الوجدانية للمواد الفن المختلفة.

والمعالجون بالفن هم من المهنيين المدربين في كل من الفن والعلاج. وهم على دراية بمجال التنمية البشرية، والنظريات النفسية، والممارسة السريرية، والتقاليد الروحية والثقافات والفنية، ويمكن للمعالجين أن يتعاملوا مع جميع الأعمار سواء من: الأفراد، والأزواج والأسر والجماعات والمجتمعات المحلية. لأنهم يوفرون الخدمات بشكل فردي، وكجزء من الفرق الطبية، في البيئات التي تشمل الصحة النفسية، وإعادة التأهيل، والمؤسسات الطبية والطب الشرعي، وبرامج التوعية المجتمعية؛ ومراكز للاستشفاء، والمدارس، دور رعاية المسنين.

سادساً : العلاج التربوي
Educational Therapy

الأطفال المصابون بالاضطراب لديهم مشكلات في المدرسة نتيجة لما يعانون من مشكلات في القيام بالأعمال التي تحتاج إلى تركيز، أو تذكير، أو تخطيط، أو تنظيم، يؤدي إلى ضعف في الأداء الأكاديمي والاجتماعي في المنزل والمدرسة. لذلك فمن الضروري تقوية علاقة المعلم بالطلاب المضطربين وذوي المشكلات والاهتمام بهم، ولعلاج هذه المشكلات يستخدم العلاج التربوي الذي يتطلب التعاون المكثف بين الأهل والمدرسة لعمل التغيرات المطلوبة ليصبح الطفل ناضجاً أكاديمياً.

ويتضمن العلاج التربوي تكييف أو تعديل للمنهج والخطة الدراسية أو البيئة الصّفية بطريقة تلائم قدرات واحتياجات الطالب المختلفة. ويشمل هذا التكييف: المواد الدراسية، البيئة الصفية، طريقة التدريس، الواجبات المدرسية، التقييم والدراجات، الاختبارات.

أسئلة التقويم الذاتي

١. حدد أهمية العلاج باللعب.
٢. ما استخدامات اللعب في التربية والإرشاد النفسي؟
٣. حدد سمات لعب الأطفال العاديين.
٤. ما أنماط اللعب غير السوي؟
٥. حدد مراحل العلاج باللعب كما حددها موستاكس.
٦. ما أهداف العلاج باللعب؟
٧. كيف يمكن استخدام العلاج السلوكي لحلِّ المشكلات السلوكية؟
٨. كيف يكون العقاب فاعلاً؟
٩. حدد أهمية العلاج بالدراما.
١٠. حدد أهمية العلاج بالموسيقي.
١١. حدد أهمية العلاج بالفن.
١٢. حدد أهمية العلاج التربوي.

قائمة المراجع

أولا : المراجع العربية:

أسماء ملكاوي، (١٩٩٨م): خصائص الأطفال ذوي الأمراض المزمنة واحتياجاتهم الاجتماعية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا.

إعداد أطفالنا للمستقبل (٢٠٠٤م): مؤتمر قضايا الطفل من منظور إسلامي، المنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة، إيسيسكو، الرباط.

إيفا ل. عيسي (١٩٩٣م): المرشد العملي لحلِّ المشكلات السلوكية في مرحلة ما قبل المدرسة، الرياض، مكتب التربية لدول الخليج.

عثمان العامر(٢٠٠٢م): التنشئة الأخلاقية للطفل العربي في الألفية الثالثة، ورشة عمل بعنوان "ثقافة الطفل العربي والألفية الثالثة، القاهرة، المجلس العربي للطفولة والتنمية.

جيهان محمود جودة (٢٠١١م): الأسرة واستعداد الطفل للقراءة، دار الزهراء، الرياض، ط١.

حسان شمسي باشا (٢٠٠٢م): كيف تربي أبناءك في هذا الزمان، بيروت، دار القلم.

الداني (٢٠٠٤م): اللغة عند طفل ما قبل المدرسة: نموها السليم وتنميتها"، القاهرة، دار الفكر العربي.

رأفت محمد بشناق (٢٠٠١م): سيكولوجية الأطفال: دراسة في سلوك الأطفال واضطراباتهم النفسية. بيروت، دار النفائس.

محمد إبراهيم السفافة (٢٠٠٣م): أساسيات في الإرشاد والتوجيه النفسي والتربوي. الكويت: مكتبة الفلاح.

مريم داود، وعواطف عبدالله (٢٠٠٢م): قياس وتقييم النمو العقلي والمعرفي في رياض الأطفال، ط١، دار النهضة العربية، بيروت.

محمد كامل عبد الصمد (١٩٩٨م): طفلك الصغير هل هو مشكلة، دار الوفاء للطباعة والنشر، ط٢.

عبدالله عبدالرحمن الكندري، سمير يونس (٢٠٠١م): دليل المعلمين وطلاب التربية العملية (في تخصصات متعددة)، مكتبة الطالب الجامعي، الكويت.

محمد سعيد مرسي (١٩٩٨م): فن تربية الأولاد في الإسلام، دار التوزيع والنشر الإسلامية، القاهرة.

ريتا مرهج (٢٠٠١م): أولادنا من الولادة حتى المراهقة، أكاديمية انترناشيونال، بيروت.

محمد عثمان نجاتي (٢٠٠١م): علم النفس والحياة، دار القلم، الكويت.

صفاء العسيري (٢٠٠٤م): ترجمة: الأنشطة العملية لتعليم المفاهيم لأطفال ما قبل المدرسة وذوي الاحتياجات الخاصة، دار الفكر العربي، القاهرة.

عبد العزيز القوصي (١٩٧٥م) : أسس الصحة النفسية، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

مهني محمد إبراهيم (١٩٩٠م): من أساليب التربية البيئية في المضمون المدرسي ـ التربية الغذائية في التعليم العام، وقائع وأبحاث الندوة التي عقدت بسلطنة عمان بمسقط بعنوان الإنسان والبيئة التربية البيئية، مكتب التربية العربي لدول الخليج، الرياض.

فاروق الروسان (٢٠٠١م): سيكولوجية الأطفال غير العاديين، ط٥، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان.

سعيد العزة (٢٠٠١م): الإعاقة السمعية واضطرابات الكلام والنطق واللغة، ط١.

فاطمة الطراونة (١٩٩٩م): أشكال إساءة المعاملة الوالدية للطفل وعلاقتها بالتوتر النفسي لديه وبعض الخصائص الديموغرافية لأسرته، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة مؤتة، الأردن.

كافية رمضان (٢٠٠٢م) : مضامين كتب ومكتبات الأطفال في الوطن العربي، ورشة عمل بعنوان ثقافة الطفل العربي والألفية الثالثة، المجلس العربي للطفولة والتنمية، القاهرة.

ليلى كرم الدين، ليلى لبابيدي، وآخرون (١٩٩٣م): الطفل ونموه المادي، برنامج التدريب أثناء العمل للعاملين مع أطفال دور الحضانة ورياض الأطفال، المجلس القومي للطفولة والأمومة، القاهرة.

محمد بيومي (١٩٩٨م): برامج الأطفال في التليفزيون تحقيق الحاجات النفسية للأطفال المصريين وتنميتهم، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس، ورشة عمل برامج الأطفال في التليفزيون وتحديات القرن الحادي والعشرين.

محي الدين توق وآخرون (٢٠٠٣م): أسس علم النفس التربوي، الطبعة الثالثة، دار الفكر، عمان.

حنان عبد الحميد العناني (٢٠٠٥م): علم النفس التربوي، ط٣، دار الصفاء، عمان.

أسامة كامل راتب، إبراهيم عبد ربه خليفة (١٩٩٩م): النمو والدافعية في توجيه النشاط الحركي للطفل والأنشطة الرياضية المدرسية، دار الفكر العربي، القاهرة.

أسامة كامل راتب (٢٠٠٠م): النمو الحركي مدخل النمو المتكامل للطفل والمراهق، دار الفكر العربي.

وجيه محجوب وآخرون (٢٠٠٠م): نظريات التعلم والتطور الحركي، ط٢، بغداد.

مصطفي القمش (١٩٩٤م): مشكلات الأطفال المعوقين عقليًّا داخل الأسرة، رسالة ماجستير غير منشورة كلية الدراسات العليا، كلية العلوم التربوية، الجامعة الأردنية.

لبية أبو شريف (١٩٩١م): الأنماط السلوكية غير التكيفية للأطفال المعوقين عقلياً والمرتبطة بالإساءة البدنية من قبل والديهم، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العلي ، كلية العلوم التربوية، الجامعة الأردنية.

ذياب البداينة (١٩٩٦م): الأوصمة الاجتماعية والإعاقة. مؤتة للأبحاث والدراسات، السلسلة (أ)، من مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، المجلد (١١)، العدد ٣، عمادة البحث العلمي والدراسات العليا.

منى الحديدي، وآخرون (١٩٩٦م): اثر إعاقة الطفل على أسرته، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، العدد (٣١).

موسي جبريل (١٩٩٥م): الصحة النفسية، مجلة العلوم التربوية، العدد ١، المجلد ٢٣، الجامعة الأردنية.

اليونيسف(١٩٩٨م): وضع الأطفال في العالم، مكتب اليونيسيف الإقليمي للشرق الأوسط وشمال إفريقيا.

ابراهيم محمد حسن كرم (٢٠٠٠م): المناهج الدراسية وتنمية مهارات التفكير، المؤتمر العلمي الثاني عشر لمناهج التعليم وتنمية التفكير، جامعة عين شمس.

أحمد السيد عبد الحميد مصطفى، ومحمد ربيع حسنى (١٩٩٢م): أثر التدريس بأسلوب حل المشكلات على أراء تلاميذ الصف الخامس الابتدائي في حل المسائل اللفظية، مجلة البحث في التربية وعلم النفس، جامعة المنيا، العدد الثاني، المجلد السادس.

أحمد سليم عيد مصطفى (١٩٩٩م): قدرات التفكير الابتكاري لدى أطفال المرحلة الابتدائية من البدو والحضر بشمال سيناء، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القاهرة، معهد الدراسات التربوية.

أحمد عبد اللطيف عبادة (١٩٩٣م): التفكير الابتكاري – الميسرات والمعوقات، البحرين، دار الحكمة.

أحمد عبد اللطيف عبادة (٢٠٠١م): حبُّ الاستطلاع والابتكار لدى الأطفال، ط١، مركز الكتاب للنشر.

أحمد عبد اللطيف عبادة (٢٠٠٢م): قدرات التفكير الابتكاري في مراحل التعليم العام، ط١، مركز الكتاب للنشر.

أحمد عبد اللطيف عبادة (٢٠٠١م): قدرات التفكير الابتكاري لدى تلاميذ مرحلة التعليم الابتدائي (دراسة نمائية)، ط١، مركز الكتاب للنشر.

أحمد محمد سيد أحمد (١٩٩٣م): فاعلية مداخل مقترحة لتنمية التفكير الإبداعي في الرياضيات المدرسية لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الزقازيق، كلية التربية فرع بنها.

إدوارد دى بونو. ترجمة : إيهاب محمد (١٩٩٩م): التفكير العلمي، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

أنور محمد الشرقاوي (١٩٩٨م): الابتكار وتطبيقاته (الجزء الأول)، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

أيمن صابر حجازي (٢٠٠٠م): أثر كل من ابتكارية المعلم وأسلوب التفاعل اللفظي على تنمية الابتكار لدى تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي، رسالة ماجستير، جامعة القاهرة، معهد الدراسات التربوية.

جابر عبد الحميد جابر (١٩٩٤م): علم النفس التربوي، ط٣، القاهرة، دار النهضة العربية.

جابر عبد الحميد جابر (١٩٩٧م): قراءات في تعليم التفكير والمنهج، القاهرة، دار النهضة العربية.

جابر عبد الحميد جابر (٢٠٠٠م): مدرس القرن الحادي والعشرين الفعال (المهارات والتنمية المهنية)، ط١، القاهرة، دار الفكر العربي.

جوان ل. إيجلسيلس (٢٠٠٢م): معلمون للقرن الواحد والعشرين – التعليم القائم على المشكلات بالنسبة لإعداد المعلمين، مجلة مستقبليات، العدد (١٢٣)، مجلد ٣٢، جينيف، مكتب التربية الدولي.

حسن أحمد عيسى (١٩٩٤م): سيكولوجية الإبداع بين النظرية والتطبيق، ط١، المركز الثقافي في الشرق الأوسط، مكتبة الإسراء.

حسن أحمد عيسى (١٩٩٥م): الإبداع والتربية، مؤتمر الإبداع، القاهرة، المركز القومي للبحوث والتربية والتنمية.

حسن زيتون (٢٠٠١م): مهارات التدريس، القاهرة، عالم الكتب.

حسن شحاته (١٩٩٧م): أساسيات التدريس الفعال في العلم العربي، ط٣، الدار المصرية اللبنانية.

خليفه على حمد السويدي (١٩٩٦م): معلم المبدعين، الابتكار وتطبيقاته، الجزء الأول، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

خيرى المغازي بدير عجاج (٢٠٠٠م): أساليب التفكير والتعلم (دراسة مقارنة)، ط١، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

رجاء أبو علام (١٩٩٣م): علم النفس التربوي، ط٦، الكويت، دار القلم.

رشدي فام منصور (١٩٩٧م): حجم التأثير الوجه المكمل للدلالة الاحصائية، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد (٧)، العدد (١٦)، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

رضا أحمد حافظ الادغم (١٩٩٢م): معلم اللغة العربية ودوره في تنمية الإبداع لدى تلاميذ الصف السابع من التعليم الأساسي، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة المنصورة، كلية التربية بدمياط.

زين العابدين درويش (١٩٨٣م): تنمية الابداع – منهجه وتطبيقه، ط١، القاهرة، دار المعارف.

سامى محمد ملحم (٢٠٠٢م): مشكلات طفل الروضة – التشخيص والعلاج، ط١، عمان، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

سعد خليفه عبد الكريم (٢٠٠٣): أثر العصف الذهني بأسلوب التعلم التعاوني لبعض المشكلات البيئية الأكثر خطورة وسبل علاجها أو الحد من أضرارها على الإبداع لدى طلاب العلوم بالفرقة الأولى بكلية التربية بسلطة عمان: المؤتمر العلمي الخامس عشر (مناهج التعليم والاعداد للحياة المعاصرة)، المجلد الأول، جامعة عين شمس، دار الضيافة.

سناء محمد نصر حجازي (٢٠٠١م): سيكولوجية الابداع، تعريفه وتنميته وقياسه لدى الأطفال، ط١، القاهرة، دار الفكر العربي.

السيد السايح حمدان (٢٠٠٣م): استخدام أسلوب العصف الذهني فى تدريس البلاغة وأثره في تنمية التفكير الابداعي والكتابة الإبداعية لدى طلاب المرحلة الثانوية، المؤتمر العلمي الخامس عشر (مناهج التعليم والإعداد للحياة المعاصرة)، المجلد الثاني، جامعة عين شمس.

شاكر عبد الحميد (ب. ت): علم نفس الابداع، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر.

شاكر عطيه قنديل (١٩٩٧م): برنامج لتنمية القدرات الابتكارية لدى تلميذ مرحلة التعليم الأساسي (ندوة اكتشاف الموهوبين)، الرياض، مكتب التربية العربي لدول الخليج.

صلاح أحمد مراد (٢٠٠٠م): الأساليب الإحصائية في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

عادل يحيى أحمد محمد (١٩٩٩م): أثر برنامج تدريبي لإستراتيجيات حل المشكلة على تنمية مهارة حل المشكلة لدى الأطفال، رسالة دكتوراه، جامعة القاهرة، معهد الدراسات التربوية.

عايش زيتون (١٩٩٩م): تنمية الابداع والتفكير الإبداعي، ط٢، عمان، دار عمان للنشر والتوزيع.

عبد الحميد جامل (٢٠٠٣م): المعلم بين احتياجات التنمية وسياسة التأهيل والتدريب في معاهد وكليات التربية في الجمهورية اليمنية، المؤتمر العلمي الخامس عشر، اعداد معلم العلوم للقرن الحادي والعشرين، جامعة عين شمس.

عبد الرحمن حسن الدرهم (١٩٩٦م): دور الأسرة المدرسية في تنمية قدرات الابتكار لدى تلاميذ المدرسة الابتدائية، الابتكار وتطبيقاته، الجزء الأول، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

عبد العزيز الشخص (١٩٩٥م): مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، ط٢.

عبد الكريم الخلايلة، عفاف اللبابيدي (١٩٩٧م): طرق تعليم التفكير للأطفال، ط٢، عمان، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

عبد اللطيف خليفه القزاز (١٩٩٧م): النشاط التربوي وتنمية التفكير الابتكاري، مكتبة الفرقان للنشر والتوزيع، ط١.

عبد اللطيف خليفه القزاز (٢٠٠٠م): الحدس والإبداع، ط١، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر.

عبد المجيد عبد التواب (١٩٩٦م): صيغة جديدة لإعداد معلم مبدع، الابتكار وتطبيقاته، الجزء الأول، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

فتحي عبد الرحمن جروان (٢٠٠٠): تعليم التفكير- مفاهيم وتطبيقات، ط١، عمان، دار الكتاب الجامعي.

فتحي عبد الرحمن جروان (٢٠٠٢م): الابداع : مفهومه، معاييره، نظرياته، قياسه، تدريبه، ومراحله، ط١، عمان، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

فؤاد البهي السيد (١٩٧٨م): علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشرى، القاهرة، دار الفكر العربي.

فهم مصطفى (٢٠٠١): الطفل ومهارات التفكير في رياض الأطفال والمدرسة الابتدائية، رؤية مستقبلية للتعليم في الوطن العربي، ط١، القاهرة، دار الفكر العربي.

فهم مصطفى (٢٠٠٢م): مهارات التفكير في مراحل التعليم العام، ط١، القاهرة، دار الفكر العربي.

لطفى عبد الباسط ابراهيم (١٩٩١م): شكل ومحتوى الاداء العقلي المعرفي " دراسة تجريبية" بحوث المؤتمر السابع لعلم النفس في مصر المنعقد في كليات التربية، جامعة القاهرة.

مؤتمر التعليم الجامعي بين الحاضر والمستقبل (١٩٩٣م): مجلة العلوم التربوية، جامعة القاهرة، معهد الدراسات التربوية، المجلد (١)، العدد (١).

المؤتمر الخامس لوزراء التربية (١٩٩٥م): منظمة اليونسكو بالتعاون مع المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، والمنظمة الاسلامية للتربية والعلوم والثقافة.

مجدى عبد الكريم حبيب (١٩٩٥م): دراسات فب أساليب التفكير (الخصائص البنائية لتفكير المعلمين والمعلمين)، ط١، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

مجدى عبد الكريم حبيب (١٩٩٦م): التفكير: الأسس النظرية والإستراتيجيات، ط١، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

مجدى عزيز ابراهيم (٢٠٠٠م): إدارة التفكير السليم : التحدي الحقيقي في عصر العولمة، المؤتمر العلمي الثاني عشر - مناهج التعليم وتنمية التفكير، جامعة عين شمس.

محسن مصطفى (١٩٩٧م): أثر استخدام أسلوب العصف الذهني في تدريس الأحياء على تنمية بعض المفاهيم البيولوجية والتفكير العلمي لدى بعض تلاميذ الصف الأول الثانوي، مجلة كلية التربية بسوهاج، العدد الثاني عشر، الجزء الأول.

محمد السيد عبد المعطى، محمد عز الدين البنهاوي (١٩٩٨م): العلاقة بين القدرة الابتكارية للمعلم في التدريس والتحصيل الدراسي والتفكير الابتكاري لتلاميذ المرحلة الابتدائية، الابتكار وتطبيقاته، الجزء الأول، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

محمود أحمد شوق (ب.ت): الاتجاهات الحديثة في تدريس الرياضيات، الرياض، دار المريخ.

محمد أمين المفتي (٢٠٠٠م): ورقة عمل عن " إعداد معلم الموهوبين والمتفوقين، المؤتمر القومي للموهوبين ورشة العمل التحضيرية للمؤتمر، الدراسات والبحوث (٢)، وزارة التربية والتعليم، قطاع الكتب.

محمد أمين المفتي(٢٠٠٣م): تصور مقترح لتطوير مناهج التعليم للإعداد للحياة المعاصرة، ورقة عمل مقدمة للمؤتمر العلمي الخامس عشر للجمعية المصرية للمناهج وطرق التدريس، المجلد الثاني، جامعة عين شمس، كلية التربية.

محمد حسن المعاييرة (٢٠٠٢م): المشكلات الصفية: السلوكية، التعليمية، الاكاديمية، ط١، عمَّان، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة.

محمد حمد الطيطي (٢٠٠١م): تنمية قدرات التفكير الإبداعي، ط١، عمَّان، دار الميسرة للطباعة.

محمد رضا بغدادي (٢٠٠١م): الأنشطة الإبداعية للأطفال، ط١، القاهرة، دار الفكر العربي.

محمد عبد الهادي حسين (٢٠٠١م): أثر برنامج باستخدام الحاسب الآلي في تنمية التفكير الابتكاري لدى الأطفال، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، معهد دراسات الطفولة.

محمد على نصر (٢٠٠٠م): أساليب مقترحة لتفعيل مناهج كليات ومعاهد تكوين المعلم العربي في تنمية بعض أنماط التفكير لدى الطلاب، المؤتمر العلمي الثاني عشر- مناهج التعليم وتنمية التفكير ، من ٢٥ – ٢٦ يوليو، جامعة عين شمس.

محمد على نصر (٢٠٠٣م): دور المدخل المنظومي في التدريس والتعليم في تطوير برامج إعداد المعلم وتدريبه، دراسة مقدمة للندوة بعنوان " المدخل المنظومي في التدريس والعلم والبحث العلمي"، كلية التربية، جامعة المنيا.

محمود عبد الحليم منسي (١٩٩٦م): المدرسة والإبداع العام والخاص لدى التلاميذ، الابتكار وتطبيقاته، الجزء الأول، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

محمود عبد الحليم منسى (١٩٩٣م): التعليم الأساسي وإبداع التلاميذ، سلسلة التربية والإبداع، ط١، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

مراد وهبة، منى أبو سنة (٢٠٠٠م): منفستو الإبداع في التعليم، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

مصري عبد الحميد حنورة (١٩٩٥م): السلوك الإبداعي، مجلة التربية – العدد١٣، الكويت، مركز البحوث التربوية والمناهج.

مصري عبد الحميد حنورة (١٩٩٧م): الإبداع من منظور تكاملي، ط٢، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

مصطفى بيجاش حميد الشهابي (٢٠٠٣م): تطوير برنامج إعداد المعلمين في كلية التربية بجامعة تعز في ضوء احتياجات الحياة المعاصرة، المؤتمر العلمي الخامس عشر (مناهج التعليم والاعداد للحياه المعاصرة)، المجلد الثاني، جامعة عين شمس.

مكتب اليونسكو الإقليمي للتربية في الدول العربية (١٩٩٥م): التقرير النهائي للمؤتمر الخامس لوزراء التربية والمسؤولين عن التخطيط الاقتصادي في الدول العربية، القاهرة.

نادية محمود شريف (٢٠٠٠م): تنمية الابتكار ومهارات الاتصال، القاهرة، حورس للطباعة والنشر.

ولـيم عبيد (٢٠٠٢م): تنمية الابداع، مجلة العلوم التربوية، جامعة القاهرة، معهد الدراسات التربوية.

يوسف القطامي (١٩٩٠م): تفكير الأطفال تطوره وطرق تعلمه، عمان، الأهلية للنشر والتوزيع.

ثانياً : المراجع الأجنبية:

Alter, C.E (2001): Creativity Styles and Personality Characteristics, Dissertation Abstracts International, Pub, No. 3003020

Basadur, M. & De Groote, G. (1994): Improving the Measurement of Divergent Thinking Attitudes in Organizations, Journal of Creative Behavior, Vol.33, No.2, Second Quarter.

Berkowitz, L. (1993). Control of aggression. In B. M. Caldwell and H. N. Ricciuti (Eds.), Review of child development research (Vol. 3), Chicago : University of Chicago press.

Binker, P. & Jensen, K. (1990): Critical Thinking Skills Developed a List of 35 Dimensions of Critical Though, North Central Regional Educational Laboratory.

Bob, E. (1997): Problem Solver, A Resource Book For Teaching Creative Problem Solving, Geographic Scour, U.S. Texas.

Boyce, L. N. & Van Tassel- B., J. & Burruss, J. D. (1997): A Problem Based Curriculum: Parallel Learning Opportunities for Students and Teacher, Vol.20.

Briggs, M. H. (1993): Team Talk: Communication Skills for Early InterventionTeams, Journal-of–Childhood Communication, Disorder, Vol. 15.

Broida, M. (2001): Creative Problem Solving, The Low Teacher, California Western School of Low.

Bruce, M. A. (1995): Fostering Resiliency in Students: Positive Action Strategies for Classroom Teachers, The Teacher Educator, Vol.31.

Carson, D. K.& Runco, M. A.(1999): Creative Problem Solving and Problem Finding in Young Adults: Interconnections With Stress, Hassles and Coping Abilities, Journal of Creative Behavior, Vol.33.

Carter, M. (1992): Training Teacher for Creative Learning Experiences, Journal of Child Care Information Exchange, Vol.85, N0.3.

Center for Creative Learning (2002): Custom Consulting Projects and Services, Sarasota, U.S.A.

Chan, D. W. (2001): Characteristics and Competencies of Teachers of Gifted Learners: The Hong Kong Teacher Perspective, Roper Review, Vol.23 Issue 4, 6p, 4 Charts.

Chen, R.W. (1998): Knowledge, Experience and Prospects of Teacher to Word Implementing Creative Drama in Taiwanese Kindergartens, Dissertation Abstracts International, Vol.58, No.7

Chang, R. (2001): Solving Problems Step by Step, Richard chang associates. Com, U.S.A

Cottan, K. (1991): Teaching Thinking Skills, School Improvement Research Series.

Corey Gerald (1996): Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy, 5th edition , London, Brooks/Cole Publishing Company.

Couch, R. (1992): Developing Creative Thinking through Images, Annual Conference the International Visual Literacy Association.

Couger, D. (1998): Creative Problem Solving and Opportunity Finding, Journal of Creative Behavior, Vol.32, No.3, Third Quarter.

Craft, A. (2002): Creativity and Early Years Education, A Life Wide Foundation, Continuum, London.

Daniels, H. (2001): Activity Theory and Knowledge Production Twin Challenges for the Development of Schooling for Pupils Who Experience EBD, Emotional and Behavioral Difficulties, Vol.6.

De Bono, E. (1992): Six Thinking Hats for Schools, Australia, and Hawker Brown low.

De Bono, E. (1994): Thinking Course, 3 rd Ed., New York: Facts on File ,

Diane F. H. (2003): Thinking Critically about Critical Thinking, Lawrence Erbium Associates, Publishers, Mahwah, New Jersey.

Dorothy, F. (1995): Is Your School Ready for the 21st Century, A General Overview for Planning Purposes, Geographic Source, U.S. South Carolina.

Dunn, L. & Herwing, J. E. (1992): Play Behaviors and Convergent and Divergent Thinking Skills of Young Children Attending Full- Day, Child Study Journal, Vol.22 Issue 1, 15p, 1 Chart.

Eberle, B. & Stanish, B. (1990): C.P.S for Kids, Australia, Hawker Brown low.

Prudential Foundation (2000): Catch the Spirit: Lesson Plans, and Newark, NJ. ED 447041

Edwards, C. P. & Springate, K. W. (1995): Encouraging Creativity in Early Childhood Classrooms, EDO-ps-14, National Parent Information Network, Virtual Library.

Eileen & Dugan (1996): Analysis Framework Developed by Bilingual Teacher Learning About Creative Drama, Paper Presented At The

Annual Meeting of The American Educational Research Association, New York, NY.

Eisner, E. W. (1997): Educating for Tomorrow's Jobs and Life Skills, Educational Leadership, Arts Education for Life and Work, Vol .55 Issue 3, p4.

Encarta 2000 Encyclopedia.1993-1999.Microsoft Corporation." Psychoanalysis".

Endowment, L. (2003): Teacher Creativity Fellowship Program, Teacher in Indiana's Public School.

Feldhusen, J. F. (1997): Educating Teachers for Work with Talented Youth, In N. Colangelo & G.A Davis (Eds.), Handbook of Gifted Education, 2nd ed., Boston.

Feldhusen, J. F. (2002): Creativity: The Knowledge Base and Children, High Ability Studies, Vol.13, No.2.

Fisher, R.C. (1998): Thinking About Thinking: Developing Meta- Cognition in Children, Early Child Development and Care, Eric 574099.

Flack, J. (2001): Creative Thinking with Fairy Tales, Understanding- our-Gifted, Vol.13, No.4.

Fobes, R. (2002): Creative Problem Solving Tips, The Creative Problem Solvers' Toolbox: A Complete Course in the Art of Creating Solutions to Problems of Any Kind, American Creativity Association's Focus Newsletter.

Fogler, H. S. (2002): Short Course on Strategies for Creative Problem Solving, University of Michigan, U.S.A.

Frauk, L. R. (2003): Teaching outside of the Box: Studying a Creative Teacher, DAI- A64- 04, McGill University, Canada.

Fullan, M. & Hargreaves, A. (1992): Teacher Development and Education Change, London's The Flamer Press.

Furman, A. (1998): Teacher and Pupil Characteristics in the Perception of the Creativity of Classroom Climate, The Journal of Creative Behavior,Vol.33, No.2,Second Quarter.

Goore, S. (1992): Infusing Critical Thinking Skills in a School Age Child Care Program through Specific Staff Planning.

Gougheg, M.& Stewart, E. (1995): An Analysis of the Association Between Measures of Teacher Effectiveness and Student Performance, Dissertation Abstracts International, Vol.55, No. 2

Guilford, J.P. (1979): Cognitive Psychology, Edits Publishers, San Diego, California.

Hayes, W. A. (1997): Teaching Thinking within your Personal Style, Introductory, Work Shop.

Halpern, D. F. (2003): Thought and Knowledge: An Introduction to Critical Thinking, NJ.US: Lawrence Erlbum Associates Publishers.

Harkow, S. & Rosa, M. (1996): Increasing Creative Thinking Skills In Second and Third Grade Gifted Students Using imagery and Creative Problem Solving, Masters Final Report, Nova Southeastern, University of Florida.

Hawk, P. P. (1998): How Do I Know If My Child's Teacher Is Qualified? Director of Teacher Education, East Carolina University.

Hayes, W. A. (1997): Teaching Thinking within Your Personal Style, Introductory Workshop.

Holley & Dennis (1996): Science wise Discovering Scientific Process through Problem Solving, Geographic Source, U.S., California

Holliday, K. N. (1998): Modeling Divergent Thinking through Picture Books, Reaper Review, Vol.21, Issue 1.

Ivan, H. G. & Lee, H. (1998): The Seven Steps to Critical Thinking, A Practical Application of Critical Thinking Skills, NASSP Bulletin, Vol.82 Issue 598, 7p.

Jones, G. (1995): Learning through the Kids Café, Teaching Perk, Vol.26, No.3.

Keefe, J.W & Walberg, H.J (1992): Teaching For Thinking Ruston A: National Association of Secondary School Principles.

Kemp, A. W. (1997): The Lives Women as Teacher Educators, A Kaleidoscope Of Reflections (Women Educational Vision), Dissertation Abstracts International, Vol. 58, No. 4.

Kenny, L. J. (2003): Using Edward de Bono's Six Hats Game to Aid Critical Thinking and Reflection in Palliative Care, International Journal of Palliative Nursing, Vol.9, No.3 Issue 3.

Kite, A. (2001): Developing Children's Thinking, Research in Education No.68, NFER- Nelson.

Knodt, J. S. (1997): A Think Tank Cultivates Kids, Educational Leadership, Vol.55.

Kopp, C. B. (1999): Antecedents of self-regulation : A developmental perspective. Developmental psychology.

Korthagen, F.A.J& Kessels, J.A.M. (1999): Linking Theory and Practice: Changing the Pedagogy of Teacher Education, Educational Researcher. Washington, D.C, Vol. 28, No. 4.

Laughran, J.; Brown J.; Doeke, B. (2001): Continuities and Discontinuities: The Transition from Pre service to First Year Teaching. Teacher and Teaching: Theory and Practice, Abandon, UK, Vo;.7, No. 1.

Le Boeuf, M. (1996): Develop Your Imagination by using it, Creative Thinking, Creativity Basics.

Le- Starti, A. J., & Others (1999): Creative Thinking in Nursing Education: Preparing for Tomorrow's Challenges, Nursing- Outlook, Vol.47, No.2.

Leat, D. (1999): Roling the Stone Uphill: Teacher Development and the Implementation of Thinking Skills Programmes, Oxford, Review of Education, Vol.25 Issue 3, 17p.

Lester M.S. (1998): Psychology, Fourth Edition, Boston, Massachusetts, New York, McGraw Hill.

Low, S. & Wing- L. (1996): Peer States and Perceived Creatively: Are Popular Children Viewed by Peers and Teachers as Creative? Vol.9.

Macintosh, D. (1990): Children At Risk Early Identification of at Risk Students in Rural and Urban Settings, Paper Presented of The Rural Education Symposium of The American Council on Rural Special Education, Tucson, AZ

Maloney & Julie, E. (1992): Teacher Training in Creativity, Dissertation Abstracts International, Vol.53, No.7.

Marlow, L.& Inman, D. (1992): Higher Order Thinking Skills, Teacher Perceptions, Education, Vol.112 Issue 4, 3 Charts, 4p.

Mary, A. M. (1997): Creativity and Social Problem Solving, Dissertation Abstracts International, Vol.58 , No.4.

McGregor, J. (1996): How Do You Measure Up? Teaching Children Mathematics, Vol.3 Issue 2, 2p, 3 Diagrams, 1c.

McGuinness, C. (2001): From Thinking Skills to Thinking Classrooms: A Review and Evaluation of Approaches for Developing Pupils' Thinking Skills, Queen's University, Belfast, Northern Ireland.

McMullen, M. B. (1998): Thinking Before Doing, Young Children, Vol. 53, No.3

Meador, K. S. (2001): Encouraging Meaningful Creative Thinking in the Classroom, Understanding- our- Gifted, Vol.13. No.4.

Meador; K. S. (1997): Creative Thinking and Problem Solving for Young Learners.

Melvin D. S. (1998): Improving your Creative Thinking Skills, Future Creative Alternatives Center in Florida.

Meyer, C. (1991): Teaching Students to Think Critically: A Guide for Faculty in all Disciplines. San Francisco, CA, Jossey – Bass Publishers.

Moore, D. K. (2003): Teacher as Creator, Reclining Professional Although through the Quest for Personal Transformation: A Conceptual Study, University of Nevada, Reno, DAI- A63/10.

Moore, M. (1990): Problem Finding and Teacher Experience, Journal of Creative Behavior, Vol.24, No.1

Moran, J. D. (2000): Creativity in Young Children, Eric Digest, ED 30600888

Morrison, K. (1996): Thinking Skills – Keys to Fusing Talents, Bialik College.

Moran, J. D. (2000): Creativity in Young Children, Eric Digest, ED 30600888.

Moss, E. (1990): Social Interaction and Met cognitive Development in Gifted Preschoolers, Gifted Child Quarterly, Vol.34, No.1.

Murphy, L. B., and Moriarty, A. E. (2003): Vulnerability, coping, and growth. New Haven, conn. : Yale University press.

North Center Regional (1997): The Essay The Thinking Curriculum, Education Laboratory.

Nagel, N. G. (1996): Learning Through Real World Problem Solving: The Power Integrative Teaching, Corwin Press, Inc.

New, R. S. (1999): What Should Children Learn? Making Choices and Taking Chances, Early Childhood Research& Practice, Vol.1, No.2.

Newman, B. and New man, P. (1994): Development through life : A psychosocial approach ,Third Edition ,Homewood, Illinois : The Dorsey press.

Oklahoma Dept. (2000): Career Activity File K-2: School Based Enterprise, ED 473424.

Patterson, C. J., and Mischel, W. (1996): Effect of temptation – inhibiting and task-facilitating plans on self-control. Journal of personality and social psychology.

Pope, C. & Springate, K. (1995): Encouraging Creativity in Early Childhood Classrooms, Clearinghouse in Elementary and Early Childhood Education.

Potts, B. (1994): Strategies for Teacher Critical Thinking, Practical Assessment, Research and Evaluation, Vol.765

Paul, R. (1993): Critical Thinking: How To Prepare Students for Rapidly Changing World, Tutorial on Problem Based Learning, Taxonomy of Socratic Questioning.

Princeton, N.J. (2000): Teacher Classroom Practices Matter Most for Student Achievement, The Educational Testing Service Network.

Rankin, V. (1999): The Thought that Counts (Six Skills that Help Kids Turn Notes into Knowledge), School Library Journal, Vol.45 Issue 8, 3p, 2 Charts, 4 Diagrams.

Raths, J. (2001): Teachers' Beliefs and Teaching Beliefs, Early Childhood Research& Practice, Vol.3, No.1

Rautama, E. (2002): Web Tools for Creative Problem Solving, University of Joensuu, Finland.

Reber, A.S. (1995): Dictionary of Psychology, Penguin Books Harmonds worth Middles, England.

Reid, L. (1990): Thinking Skills, Resource Book, Creative Learning Press Inc. Mansfield Center, Connecticut, U.S.A

Rejskind, G. (2000): TAG Teachers: Only the Creative Need Apply, Reaper- Review, Vol.22.

Robert .J.S & Perkins, N.D (1990): Teaching Issues and Approaches, Pacific, Grave, C.A

Rosebrock, J. D. (1996): An Evaluation of Student and Teacher Perceptions of the Teen Leadership Program at Somerville High School, Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, Vol.57 (6: A): 2308.

Runco, M. A. (1998): Book Review Creative Teacher, Creative Students, Journal of Creative Behavior, Vol.32, No.2, Second Quarter.

Runco, M. A.& Chand, I. (1994): Problem Finding, Evaluative thinking and creativity, Creative Research, Westport, CT, Usable publishing .

Saracho, O. N. (2002): Young Children's Creativity and Pretend Play, Early Child Development and Care, Vol.172.

Savage, L.B. (1998): Eliciting Critical Thinking Skills Through Questioning, Clearing House, Vol.71 Issue 5,3p.

Schack, G.D (1993): Effects of a Creative Problem Solving Curriculum on Students of Varying Ability Levels, Gifted Child Quarterly, Vol. 37.

Schlichter, C. L. & Palmer, W. R. (2002): Thinking Skills Instruction as Enrichment for all Students, Research in the Schools, Vol.9.

Smutny, J. F. (2000): Teaching Young Gifted Children in the Regular Classroom, Eric, Clearing house, on Disabilities and Gifted Education.

Spanakos, A. (2002): Exploration of Bilingualism and the Creative Process Through a Problem Solving Model, Dissertation Abstracts International, Section A: - Humanities and Social Sciences, Vol.62.

Spratt, J. (2001): Survey of Supply Teacher Management, Research in Education No.68, University of Aberdeen, the Center for Educational Research, Department of Sociology.

Sprenger, M.C. (1999): Learning and Memory, the Brain in Action, Association for Supervision and Curriculum Development, Alexandria, Virginia, U.S.A.

Stanford University (2000): Creativity and Problem Solving Skills for Your Profession and Life, Alliance for Innovative Manufacturing (AIM.)

Sternberg, R.J. (1992): Metaphors of Mind: Conceptions of the Nature of Intelligence. Cambridge, England: Cambridge University Press.

Sternberg, R.J. (1995): In Search of The Human Mind, Harcourt Company, London.

Sterling, H. A. (2001): Promoting Creativity, Giftedness and Talent in young Children in Preschool and School Situations Promoting Creativity across the Life Span, Washington, DC.

Sumsion, J. (1999): A Neophyte Early Childhood Teacher's Developing Relationships with Parents: An Ecological Perspective, Early Childhood Research& Practice, Vol.1, No.1

Sumrall, K. M. (2002): Critical Thinking and Problem Solving Skills (Analysis, Evaluation, Synthesis, Decision Making, Creative Thinking.)

Swanson, B. B. (1998): What Is a Quality Preschool Program? ACCESS Eric.

Swartz, R. J., Fisher,& Stephen, D.; & Parks, S. (1998): Infusing the Teaching of Critical and Creative Thinking into Secondary Science: A Lesson Design Handbook, ED 438167.

Sylvan, P. (1997): Creativity, Innovation and Problem Solving Some Guidelines with Linked Historical Examples, Quantum Books .

Teamworks Module (2001): Problem Solving, Lesson 1, Problem Identification. The Essay the Thinking Curriculum, North Central Regional Education Laboratory.

Teamworks Module (2002): Problem Solving, Lesson 4, Creative Problem Solving. The Essay the Thinking Curriculum, North Central Regional Education Laboratory.

Thomas, C. & Walker, P. C. (1997): A Critical Look at Critical Thinking, Western Journal of Black Studies, Vol.21 Issue4, 4p.

Tomaszewska, M. (2002): The Influence of Strategy of Problem Solving Creatively on the Development of Cognitive Activity, Uniwersytet Szczencinski.

Towers, E. & Porath, M. (2001): Gifted Teaching: Thought and Action, Reaper Review, Vol.23 Issue 4, 2 charts.

Trainer & Lisa A. (1996): Assessing the Worth of the National Technology, Student Association Curricular In North Carolina Technology, Education Programs, Dissertation Abstracts International, Vol.57, No.10

Treffinger, D. & Isaksen S. G. (1993): An Ecological Approach to Creativity Research Profiling for Creative Problem Solving, Journal of Creative Behavior, Vol.27 No.3

Treffinger, D. & Isaksen S. G.& Dorval B. (2003): Creative Problem Solving (CPS Version 6.1TM) A Contemporary Framework for Managing Change, Center for Creative Learning.

Treffinger, D. & Isaksen S. G. & Dorval B. (1994): Creative Problem Solving: An Overview, In M. Rancor (Ed.). Problem Finding, Problem Solving, and Creativity, Norwood, NJ: Ablex.

Treffinger D. (1995): Creative Problem Solving: Overview and educational implications, Educational – Psychology – Review, Vol.7, pp (301 – 312(.

Treffinger, D. & Isaksen S. G. (1995): Creative Problem Solving: The Basic Course. Buffalo, New York, Barely Limited.

Udall, A.J. & Daniels, J.E (1991): Creating the Thoughtful Classroom: Strategies to Promote Student Thinking. Tucson, Az: Zephyr Press.

Van Tassel, J.M. (1998): Planning Science Programs for High Ability Learners, Eric Digest E 546.

Verma, S. & Verma G. (1994): Children Solve Problems: Impact of an the Problem Solving Abilities of Socially Deprived Children: A – Global – Journal of Child Research, Vol.2.

Vincent, A. S.& Decker, B. P.& Mumford, M. D. (2002): Divergent Thinking Intelligence, and Expertise: A Test of Alternative Models, Creativity Research Journal, Vol.14, No.2

Wallgren, M. K. (1998): Reported Practices of Creative Problem Solving Facilitators, Journal of Creative Behavior, Vol.32, No.2

Wellman, B.& Garmstan, R. (1998): Teacher Talk that Makes a Difference, Educational Leadership, Vol.55 Issue7, 5p.

Westberg, K. L. (2002): Stimulating Children's Creative Thinking with the Invention Process.

Williams, J. & Ryan, J. (2000): National Testing and the Improvement of Classroom Teaching: Can they Coexist? British Educational Research Journal, Vol.26 Issue 1, 25p, 5 Diagrams.

Wingenbach, N. (2003): Destination Imagination, Strategic Plan (2003-2007), Destination Imagination, Inc.

Winner,E. (1996): Gifted Children, Basic Book, Harper Collins Publishers, New York.

Yeash, A. S. (2000): How do you Develop Critical Thinking Skills in Students Who Just Want the Right Answer, NEA Today, Vol.18 Issue 4, 3/4p, 1c.


MOHAMED KHATAB

أساليب التعامل مع المشكلات السلوكية والنفسية للأطفال

يهدف هذا الكتاب إلى مساعدة أولياء الأمور والمربين على كيفية التعامل مع المشكلات السلوكية والنفسية للأطفال، حيث يقدم موضوعات تفصيلية عن تلك المشكلات وطرق التغلب عليها مثل :الطفل المشكل، حاجات الطفل، نظريات تفسير سلوكات الأطفال، طرق تشخيص السلوك المشكل، مشكلات السلوك الانفعالي والاتكالي ، مشكلات السلوك العدواني وغير الاجتماعي، اضطرابات الأكل والنوم، المشكلات النفسية الشائعة لدى الأطفال، طرق علاج المشكلات السلوكية والنفسية.

للحصول على مزيد من النسخ اتصل على الموزع الوحيد لإصدارات
مكتب التربية العربي لدول الخليج: مكتبة تربية الغد
جوال ٥٠٥٤٤٦٤٨٠ (٠٠٩٦٦) - ٥٠٣٤٢١١٢٤ (٠٠٩٦٦)
هاتف: ٢٠٨٤٢٤٤(٠٠٩٦٦١) فاكس: ٤٧١٥٩٨٣(٠٠٩٦٦١)
ص.ب: ٣٢٥٣٣٨ - الرياض ١١٣٧١ - المملكة العربية السعودية





